Nr. 19. 7. maja 1933 Rok XII.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Stanisław RAJCA, st. asyst. Kliniki. Lwów.

### O odruchu przymusowego chwytania.

Z Kliniki Chorób Nerwowych Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Halban.

Dokończenie.

W r. 1930 Schuster łącznie z Casperem (45 i 46) ogłosili dwie prace, w których nieco rozszerzyli swą dawniejszą teorję odruchu przymusowego chwytania. Przytaczają oni własnych 20 przypadków sekcyjnych odruchu przymusowego chwytania (3 z nich zbadane histologicznie), z których w 15 przypadkach stwierdzili ogniska rozmiękczynowe w przyśrodkowej części górnego zwoju czołowego, oraz przedniej części spoidła wielkiego, w 3 przypadkach zaniki płatów czołowych, a w dwóch obok zmian w płatach czołowych także zmiany w innych okolicach mózgu. Przeważna ilość tych przypadków to sprawy naczyniowe rozmiękczynowe w zakresie obszaru unaczynionego przez tętnicę mózgową przednią. Na podstawie tych przypadków oraz 32 przypadków sekcyjnych zebranych z piśmiennictwa (19 guzów, 3 przypadki zaników płatów czołowych, reszta spraw przeważnie naczyniowych) autorzy podają nową, nieco zmienioną teorję przymusowego chwytania. Uważają oni ten objaw za skutek odhamowania hipotetycznego centrum chwytania przez pozbawienie go wpływów równocześnie obu płatów czołowych. Jeśli np. mamy objaw przymusowego chwytania w ręce lewej, wtedy hipotetyczne centrum chwytania leżące po stronie prawej musi być pozbawione wpływów obu płatów czołowych równocześnie. Koniecznym warunkiem pojawienia się odruchu jest utrzymanie ciągłości dróg piramidowych, każde bowiem silniejsze uszkodzenie tych dróg znosi odruch. Przy obustronnych zmianach w płatach czołowych jest odruch przymusowego chwytania obustronny, przy jednostronnych występuje tylko drugostronnie, jakkolwiek wyjątkowo może także być obustronny, wtedy jednakże silniejszy jest po stronie przeciwnej ogniska (chyba że po tej stronie mamy całkowite porażenie znoszące odruch). Autorzy ci nie przypuszczają jakiejś przewagi lewego płata czołowego nad prawym, o ile chodzi o powstanie odruchu przymusowego chwytania. Spostrzeżenia Minkowskiego (47) na płodzie trzymiesięcznym stojącym na stopniu rozwoju opuszkowo-rdzeniowym oraz Trömmera (48) na płodach bezmózgich, które zdają się stwierdzać, że centrum odruchu przymusowego chwytania leży gdzieś nisko (rdzeń przedłużony lub śródmózgowie), nie są zdaniem autorów przekonywujące, gdyż stosunki u płodów i noworodków przy jeszcze niedorozwiniętych drogach piramidowych są zupełnie inne niż u ludzi dorosłych. Autorzy przypuszczają, że ośrodek odruchu znajduje się prawdopodobnie w zwojach centralnych, za czem przemawia znikanie odruchu przy uszkodzeniach dróg piramidowych, jakkolwiek nie wykluczają stanowczo możliwości niższego umiejscowienia tych ośrodków. Najważniejszą rolę w przewodzeniu podniet hamujących z płatów czołowych do ośrodków przymusowego chwytania przypisują autorowie wiązce czołowo-potylicznej O. F. Jest to wiązka kształtu wrzeciona, najsilniej rozwinięta na przekrojach czołowych w okolicy kolana spoidła wielkiego, gdzie przedstawia się w kształcie gruszki i leży w bezpośredniej bliskości kolana spoidła wielkiego, *stratum subependymale*, jądra ogoniastego, podstawą zaś dotyka korony promienistej. Autorzy opierając się częściowo na swych własnych badaniach, częściowo cytując Schrödera, Dejerina, Niessla von Mayendorfa, Flechsiga i innych podają, że wiązka O. F. składa się z szeregu krótszych i dłuższych włókien i jest systemem kojarzennym, do którego dochodzą włókna z całej kory mózgowej płata czołowego, górnego brzegu półkuli, zwojów wypukłości mózgu, włókna idące ze *stratum subependymale, capsula interna* i *externa, corpus callosum, nucleus caudatus, regio paracentralis, gyrus fornicatus*, a także włókna idące przez spoidło wielkie do płatów czołowych przeciwnej półkuli. W tej wiązce przebiegają więc tak włókna hamujące idące z płata czołowego tej samej strony do okolicy psychomotorycznej kory mózgowej, jak i włókna hamujące idące z płata czołowego przeciwnej półkuli do przedniego zwoju centralnego *(gyrus centralis anterior)*. W ten sposób przy uszkodzeniu wiązki O. F. w miejscu typowem przychodzi do odcięcia okolicy zwojów centralnych od wpływów hamujących obu płatów czołowych równocześnie. Nawet w tym przypadku, gdyby mechanizm przymusowego chwytania był umiejscowiony nie w okolicy psychomotorycznej kory mózgowej tylko niżej, to nawet wtedy bodźce hamujące z płatów czołowych mogłyby przechodzić przez wiązkę O. F., jakkolwiek w tym przypadku przez jej włókna projekcyjne. W trzech przypadkach zbadanych histologicznie znaleźli autorzy zmiany zwyrodnieniowe w wiązce O. F. Autorzy poddają krytycznej analizie przypadki sekcyjne Kleista podnosząc, że na 10 przypadków w ośmiu były oprócz zmian we wzgórku wzrokowym także zmiany w płatach czołowych, w jednym przypadku zanik płatów czołowych, wreszcie w ostatnim przypadku dokładna sekcja płatów czołowych nie była wykonana. Okolica, której uszkodzenie wywołuje pojawienie się odruchu przymusowego chwytania leży cała w obrębie obszaru unaczynionego przez tętnicę mózgową przednią. Tętnica ta unaczynia (Misch) (49)) *lobus orbitalis, praefrontalis*, całą przyśrodkową powierzchnię półkuli mózgowej z wyjątkiem tylnej części, a więc zwój czołowy wewnętrzny, zwój spoidła wielkiego, płat przyśrodkowy, przedklinie na zewnętrznej powierzchni mózgu unaczynia zwój czołowy I, szczytowe partje obu zwojów centralnych i przyśrodkową część zwoju ciemieniowego górnego. Głęboki obszar unaczynienia tej tętnicy obejmuje część *centrum semiovale* z włóknami projekcyjnemi, idącemi do ręki, przednią i dolną część jądra ogoniastego, oraz 7/8 przednich części spoidła wielkiego. Do zespołu objawów klinicznych wskutek zmian w tętnicy mózgowej przedniej należy porażenie połowicze z przewagą porażenia nogi, apraksja ideomotoryczna lewostronna, a według Schustera także odruch przymusowego chwytania jest objawem lokalizacyjnym dla spraw toczących się w zakresie obszaru unaczynienia tej tętnicy.

W ostatnich czasach zajmowali się jeszcze objawem przymusowego chwytania Brain-Russel-Desmond Curran (50), którzy podają statystyczne dane o częstości odruchu chwytania nogi u dzieci i idjotów typu mongoloidów, oraz Goldstein (51), który przeprowadza analogję między odruchem przymusowego chwytania a odruchem ścierania *(Wischreflex)*, występującym u osób nieprzytomnych. Autor rozróżnia szereg przejść, zależnych od stopnia uszkodzenia złożonego aparatu chwytnego, a może także od różnej lokalizacji, począwszy od skłonności ustawienia palców w zgięciu, poprzez odruch przymusowego chwytania i kurcz chwytny do odruchu ścierania. Dokładniejszych danych lokalizacyjnych autor nie podaje.

Jak więc widzimy, mimo że wielu autorów zajmowało się sprawą lokalizacji odruchu przymusowego chwytania, sprawa nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Dlatego też każdy przypadek chorobowy, w którym jednym z objawów jest odruch przymusowego chwytania zasługuje na uwagę, nietylko ze względu na stosunkową rzadkość tego objawu, lecz także i dlatego, że może on dorzucić pewne dowody przemawiające za lub przeciw pewnym teorjom i w ten sposób przyczynić się do wyjaśnienia zagadnienia. Oczywiście największą wartość mają przypadki sekcyjne, jednak i niesekcyjne zasługują na opisanie, o ile tylko z przebiegu klinicznego można wnioskować o umiejscowieniu sprawy i rodzaju schorzenia; dlatego też ogłaszamy nasz przypadek.

Chora S. B., 34 letnia, wywiady rodzinne bez znaczenia, w rodzinie nie było chorób nerwowych i umysłowych. W dzieciństwie chorowała na odrę, od młodości zapadała często na zapalenie migdałków, w 23 roku życia przechodziła operację ucha lewego z powodu zapalenia, a w 27 roku życia operację polipa w nosie. W 28 roku życia wyszła zamąż, mąż i dwoje dzieci żyje zdrowych, poronień nie było. Od młodości miała być czasami kłótliwa, pełna temperamentu, nerwowa, rodzina jednak nie zauważyła u chorej żadnych objawów choroby umysłowej. Według zapodań męża chorej, chora zapadła dnia 15 lutego 1931 r. na grypę, a około 20 lutego miała mieć zapalenie migdałków. Około 1 marca objawy powyższe ustąpiły, natomiast chora zaczęła się skarżyć na bóle w stawach rąk i nóg. Dnia 20 marca zawezwany lekarz stwierdził zapalenie stawów. Około 1 kwietnia oba stawy kolanowe były nieco obrzękłe, chora gorączkowała do 38°, a lekarz rozpoznał

u niej w owym czasie zapalenie zastawek sercowych. W połowie kwietnia znowu bóle w lewej ręce i lewej nodze (bliższych danych co do charakteru tych bólów mąż chorej podać nie umie). Przy końcu kwietnia, gdy chora wykonała nagły ruch celem podtrzymania upadającego dziecka, sama upadła na ziemię i doznała porażenia zupełnego lewych kończyn. Przytomności nie straciła. Chora została przeniesiona zaraz do szpitala, gdzie miano stwierdzić porażenie połowicze z powodu zaczopowania naczynia w mózgu. Podczas pobytu w szpitalu miała mieć bóle głowy. Po 3 do 4 tygodniach zaczęła już poruszać lewą ręką, w tym też czasie wystąpiły także sensacje ze strony serca. W czerwcu, gdy opuściła szpital, mogła już poruszać lewemi kończynami, mogła nawet chodzić, w tym jednak czasie wystąpiły w lewej ręce hiperkinezy i odruch przymusowego chwytania, które trwają do dzisiaj. Leczyła się w październiku w Ciechocinku kąpielami i elektryzacją. W tym czasie mąż zauważył u chorej zaburzenia psychiczne, chora chwilami była podniecona, kłóciła się. Z biegiem czasu zaburzenia psychiczne zwiększały się tak, że już w grudniu nie chciała się leczyć, miewała myśli samobójcze, nie mogła nocami sypiać, chwilami płakała, chwilami zaś była niezadowolona z otoczenia, miewała podejrzenia, że mąż ją truje, kłóciła się często, niekiedy nawet biła otaczające osoby. W połowie lutego 1932 przewieziona do rodziców miała przez jakiś czas być spokojna, aż dopiero od 16 dni chora nic nie mówi, na pytania nie odpowiada, poleceń nie wykonuje, nie przyjmuje pożywienia, siedzi lub leży bez ruchu, nie zanieczyszcza się, jednak sama własnowolnie nie wstaje do oddawania moczu i stolca.

Przy przyjęciu na Klinikę dnia 2 maja 1932, oraz podczas pobytu na Klinice stwierdzono: Chora siedzi lub leży zupełnie apatycznie, nie okazuje żadnego zainteresowania otoczeniem, nic nie mówi, na pytania nie odpowiada, poleceń żadnych nie wykonuje, przy próbach wykonywania biernych ruchów chwilami broni się czynnie. Na pierwszy rzut oka uderzają ruchy przymusowe lewej ręki; ręka ta jest w ciągłym ruchu jakby szukającym, chora wykonuje ruchy palcami jakby obmacujące, przyczem cztery łokciowe palce są lekko zgięte, zaś duży palec przywiedziony w opozycji i także lekko zgięty. Czasami chora dotyka wielkim palcem małego palca, czasami zgina wszystkie palce. W stawie nadgarstkowym wykonuje ruchy podobne do drżenia *(tremor)* (lekkie zgięcie i wyprostowanie) o niezbyt dużych wychyleniach, o częstości około trzech razy w sekundzie. Oprócz tego chora wykonuje całem ramieniem wahania o zmiennej amplitudzie (od minimalnych wychyleń, aż do wychyleń około 30 centymetrowych). Czasami powolne ruchy zgięcia i wyprostowania w stawie łokciowym. Ruchy te są chwilami większe, chwilami nieco się uspokajają, ustają jednak zupełnie, gdy chora oprze spokojnie całą rękę



*Zdjęcia kinowe odruchu przymusowego chwytania.*

na posłaniu, trzymając dłoń całą powierzchnią opartą, lub gdy chwyci ręką lewą swą rękę prawą i oprze ramię i przedramię na klatce piersiowej. Każdy bierny ruch, lub też czuciowe podrażnienie ręki zwiększają ruchy. Gdy ręka napotka jakiś przedmiot, wtedy natychmiast chwyta go silnie wszystkiemi palcami i długo zatrzymuje. Odruch przymusowego chwytania daje się z łatwością wywołać najłatwiej przez podrażnienie opuszki palca dużego, lecz także łatwo wywołuje się go i z innych okolic dłoni i dłoniowej powierzchni palców. Przy podrażnieniu dłoni szpilką odruch także występuje, jakkolwiek słabszy, nie zawsze daje się wywołać, przyczem widać, że chora stara się go przezwyciężyć. Gdy da się chorej trzonek młotka do ręki, wtedy chora chwyta go silnie, trzyma przez kilka minut, wahania ręki stają się silniejsze, a po kilku minutach palce się wyprostowują i młotek nagle wypada z ręki. Przy próbach wyjmowania przemocą młotka z ręki wzmaga się obciśnięcie palców naokoło przedmiotu. Nie stwierdzono jakoby pocieranie grzbietu ręki wpływało zwalniająco na skurcz chwytny ręki, podobnie i zanurzenie ręki do ciepłej i zimnej wody nie miało wpływu na przebieg i nasilenie odruchu chwytania. Wyraźnego podążania ręki w kierunku przedmiotu nie zauważono.

W nerwach mózgowych stwierdzono nieco gorsze unerwienie dolnej gałązki nerwu twarzowego w spoczynku po stronie lewej, przy ukłuciu jednak chora krzywi się innerwując z obu stron jednakowo. Czucie na twarzy trudne do zbadania, chora jednak przy ukłuciu krzywi się. Polecenia wysunięcia języka podobnie jak i innych poleceń nie wykonuje. Mięśnie oczne bez zmian. Źrenice bez zmian. Odruchu przymusowego ssania brak. Kończyną górną prawą broni się silnie, lewą ruchów samoistnych nie wykonuje, jednak przy ukłuciu cofa rękę z dość dobrą siłą. Napięcie mięśniowe w kończynie górnej prawej prawidłowe, w lewej znacznie wzmożone, jakkolwiek zmienne. Ruchy bierne nie mają wpływu na zmienność napięcia. Objawu oporného przytrzymywania *(„Gegenhalten")* niema ani w kończynach, ani w mięśniach karku i żwaczach, natomiast chora czasem zachowuje się negatywistycznie, stawia czynny opór przy próbach ruchów głowy, biernego otwarcia ust i powiek. Odruchy okostnowe i mięśniowe po stronie lewej znacznie żwawsze jak po prawej. Odruch Mayera obecny obustronnie, jednak wyraźnego stałego wzmożenia tego odruchu brak. Odruchu przymusowego chwytania w prawej ręce niema. Odruchy brzuszne po lewej wyraźnie słabsze jak po prawej. Siła motoryczna w lewej nodze znacznie słabsza niż w prawej. Napięcie mięśniowe po lewej wzmożone, zaznaczony klonus rzepki po lewej, wyraźnie kloniczny lewy odruch ze ścięgna Achillesa. Babiński chwilami zaznaczony po lewej, w późniejszych spostrzeżeniach przeważnie ujemny. Rossolimo po lewej dodatni. Odruchu chwytnego stopy brak. *„Stützreflex"* ujemny. Odruch zginania po prawej dodatni, po lewej ujemny. Chód spastyczny lewostronny, chora chodzi wysuwając prawą nogę ku przodowi i dociągając lewą powoli, utykając.

Badania dodatkowe wykazały: O. W. krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny, dno oka (Prof. Dr. Reis) prawidłowe, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało stosunków nieprawidłowych (ciśnienie 150 mm słupa wody, w pozycji leżącej, Pandy jeden plus, Nonne Appelt zaznaczony, limfocytów 4/3, leukocytów 0/3, ciałek czerwonych 52/3, sol złota ujemny). Roentgen czaszki nie wykazał żadnych wyraźniejszych nieprawidłowości. Badanie moczu wykazało miernego stopnia zapalenie pęcherza moczowego, badaniem wewnętrznem stwierdzono głuche tony nad końcem serca, oraz zaakcentowanie drugiego tonu nad aortą. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena nie wykazało wyraźniejszych zmian. Badanie cytologiczne krwi dało wyniki prawidłowe. Badanie laryngologiczne wykazało: przewlekłe zapalenie gardła, przewlekłe zapalenie migdałka prawego z czopkami ropnemi. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni w granicach prawidłowych, niema myotonicznej reakcji.

Przez czas pobytu chorej na Klinice (6 tygodni) musiano chorą odżywiać zgłębnikiem przez nos, gdyż chora sama pokarmów nie przyjmowała, przy karmieniu zaś krztusiła się i broniła. Chora nie zanieczyszczała się, ponieważ kilka razy dziennie sprowadzano ją z łóżka celem oddania moczu. Stolec tylko po hegarze. Temperatura ciała prawidłowa. Chwilami spostrzegano zaznaczoną rzekomą gibkość woskową kończyn. Apraksji nie można było zbadać, gdyż chora poleceń nie wykonywała, raz tylko udało się chorą nakłonić do potarcia zapałką pudełka zapałek trzymanego przed nią. Chora prawą ręką chwyciła zapałkę i potarła zupełnie dobrze, poczem jednak nie chciała już żadnych poleceń wykonywać. Chwilami chora była podniecona, mówiła dużo, krzyczała, zrywała się z łóżka i wygrażała prawą ręką w kierunku drugiej chorej obok leżącej, treść zaś wypowiadanych zdań miała wyraźne cechy schizofreniczne (porwane kojarzenia). Afatycznych objawów brak. Kilka razy były chwile, w których chora mówiła zrozumiale, odpowiadała na niektóre pytania, przyczem była dobrze zorjentowana co do miejsca, stosunków i otoczenia, spostrzegała trafnie.

Stan chorej, tak neurologiczny jak i psychiczny podczas pobytu chorej na Klinice, nie uległ zmianie. Dnia 17. VI. 1932 przeniesiono chorą do Państw. Szpitala dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

Streszczając się, przypominamy, że u chorej, która skutkiem przebytego zapalenia stawów i zapalenia migdałków dostała objawów ostrego zapalenia wsierdzia wystąpiło nagle porażenie połowicze lewostronne. Po kilku tygodniach porażenie ustąpiło miejsca niedowładowi, przyczem najpierw zaczęła się poprawiać ręka, wtedy jednak wystąpiły w tej ręce ruchy przymusowe, oraz odruch przymusowego chwytania. Do tego obrazu chorobowego dołączyły się po upływie pół roku objawy psychozy o charakterze schizofrenicznym, ostatnio pod formą katatonji.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że klinicznie zdaje się przemawiać za teorją Schustera. Nagłe wystąpienie objawów porażennych, przy istniejącem świeżem zapaleniu wsierdzia, usprawiedliwia w zupełności przyjęcie zaczopowania naczynia w móz-

gu. Brak zaburzeń wzroku (w szczególności ślepoty połowiczej), brak większych bólów w kończynach, brak większych zaburzeń czucia (chora na ukłucie reaguje dobrze), jako też brak zaburzeń o typie móżdżkowym dozwalają wykluczyć objawy ze strony tętnicy mózgowej tylnej. Brak ślepoty połowiczej, niewielkie stosunkowo nasilenie objawów porażennych i to tylko jednostronnych, szybsze wycofywanie się objawów porażennych ręki niż nogi, czynią także mało prawdopodobnem ewentualne przyjęcie sprawy toczącej się w obrębie obszaru unaczynionego przez tętnicę mózgową środkową. Najwięcej przekonywującem jest przyjęcie zaczopowania tętnicy mózgowej przedniej, za czem przemawia właśnie szybsze poprawianie się porażenia ręki, oraz według Schustera objaw przymusowego chwytania. Ruchy przymusowe w kończynie górnej lewej, jakie wykazuje chora, możnaby wtedy odnieść do uszkodzenia spoidła wielkiego (Ironside (52), Bonhoefer, Bremme, Bostroem), jakkolwiek nie jest wykluczone, że uszkodzenie jadra ogoniastego, częściowo unaczynionego przez tętnicę mózgową przednią mogłoby także przyczynić się do ich wystąpienia.

Niezwyklemi w naszym przypadku są objawy schizofreniczne ostatnio występujące pod postacią katatonji. Czy mamy tu do czynienia z odrębną jednostką chorobową niezależną od zaczopowania tętnicy, czy też objawem chorobowym pozostającym w związku przyczynowym ze sprawą rozmiękczynową mózgu, trudno w tym przypadku rozstrzygnąć. Objawy katatoniczne i kataleptyczne w przebiegu spraw organicznych tej okolicy mózgu opisało wielu autorów, między innemi Pinéas (25) i Choroszko (53) przy schorzeniach czołowych, John (55) przy skroniowych, Moniz Egar (54) przy sprawach toczących się w okolicy spoidła wielkiego, Kleist (20) przy schorzeniach jąder podstawowych i w. innych.

*Piśmiennictwo:*

1) Kaiser: Neurol. Zentralblatt 1897. Cyt. za Schusterem. — 2) Steinert H.: Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 24. S. 1. 1903. — 3) Liepmann H.: Monatschr. f. Psych. u. Neur. B. 8. S. 15. 1900. — 4) Van Vleuten: cyt. za Schusterem. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. B. 64. H. 2/3. 1907. — 5) Rezniček R.: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 49. S. 327. 1913. — 6) Scheer van de, W. M., Stuurmann F. J.: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. B. 30. S. 91. 1915. — 7) Quensel F.: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 52. S. 80. — 8) Kleist: Tamże. B. 36. S. 176. 1909. — 9) Veraguth Otto und Cloëtta Giovanni: Tamże. B. 32. S. 407. 1907. — 10) Janischewski A.: Rev. neur. 1909. II. Str. 823. — 11) Kroll M.: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 2. S. 315. 1910. — 12) Noethe: Archiv. f. Psych. B. 52. S. 1043. 1913. — 13) Janiszewski A.: Rev. neur. 1914. I. Str. 678. — 14) Willson S. A. Kinnier and F. M. R. Walshe: Brain. 37. 199. 1914. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Ref. B. 12. S. 133. 1916. — 15) Parrisius W.: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 67. S. 29. 1920. — 16) Givler, Robert Chenault: Journ. of philos. Bd. 18. Nr. 23 S. 617—628. 1921.; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 28. S. 88. — 17) Schuster Paul: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 83. S. 587. 1922. — 18) Bonhoefer: Tamże. B. 30. S. 122. — 19) Mayer C.: Tamże. B. 84. S. 464. 1923. — 20) Kleist Karl: Monatschr. f. Psych. u. Neur. B. 52. S. 253. 1922. — 21) Forster E.: Tamże. B. 54 S. 215. 1923. — 22) Janischewski A.: Presse méd. XXXII. Nr. 92. Str. 905. 1924; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 40. S. 285. — 23) Boeff Nicolas: Jahrb. d. med. Fak. Univ. Sofia. (bułg.). Bd. 4. S. 571—584. 1925; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 44. S. 308. — 24) Boeff Nicolas: Arch. internat. de neurol. Jg. 45. B. I. Nr. 4. S. 121—129. 1926; Zentralblatt f. d. g. N. u. P. B. 44. S. 545. — 25) Pinéas H.: Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. B. 93. S. 36. 1924. — 26) Bethheim Stefan: Monatschr. f. Psych. u. Neur. B. 57. S. 141. 1925. — 27) Stiefler G.: D. eZitschr. f. Nervenheilk. B. 89. S. 161. 1926. — 28) Berlucchi Carlo: Cervello. Jg. 5. N. 3. S. 176—184. 1926; Zentralblatt f. d. g. N. u. Ps. B. 45. S. 221. — 29) Schuster Paul und Pinéas Hermann: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 91. S. 16. 1926. — 30) Schuster Paul: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 108. S. 715. 1927. — 31) Daube J.: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 99. S. 205. 1927. — 32) Kleist K.: Monatschr. f. Psych. u. Neur. B. 65. S. 317. 1927. — 33) Mayer C. und O. Reisch: 17 Jahresvers. d. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Wien Sitzg. 17. IX. 1927; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 47. S. 815. — 34) Adie W. J. and Macdonald Critchley: Brain 50 Nr. 2. Str. 142—170. 1927; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 48. S. 35. — 35) Lhermitte, Paul Schiff et Courtois: Rev. neur. 35. II. Str. 175. 1928. — 36) J. Lhermitte, J. de Massary et Mugnier: Tamże. 35. I. Str. 587. 1928. — 37) Berline B.: Tamże. XXXV. Str. 85. 1928. — 38) Freemann, Walter and P. T. Crosby: J. amer. med. Assoc. 93. S. 7—12. 1929; Zentralblatt f. d. g. N. u. P. B. 54. S. 450. — 39) Henner K.: Clinique du prof. Syllaba. Rev. neur. XXXVI. I. 1929. Str. 528; Société de neurologie de Prague, séance du 15. I. 1930. Rev. neur. 1930. II. Str. 133. — 40) Badt Bernhardt: Med. u. Film. Nr. 19/20. 152. 1928; Zentralblatt f. d. g. N. u. Ps. B. 52. S. 56. — 41) Janischewski A.: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 102. S. 177. 1928. — 42) Chavanny J. A. et Baldy R.: Rev. neur. XXXV. II. 1928. — 43) Sinegubko L. und A. Raines: Trudy ukrain. psichonerv. Inst. 7. S. 15—21. 1928 (ros.).; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 51. S. 301. Nervenarzt 1928. S. 747. — 44) Bouman L. und A. Grünbaum: Monatschr. Psychiatr. 77. 223—260. 1930; Zentralblatt B. 59. S. 219. — 45) Schuster P. und Casper J.: B. v. d. Jahresvers. d. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Dresden. Sitzg. am 19. IX. 1930; D. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 116. S. 87. — 46) Schuster Paul und Casper Julian: Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Ps. B. 129. S. 739. 1930. — 47) Minkowski: dyskusja nad przyp. Mayera i Reischa na 17 zjeździe neurol. niem. Tamże. B. 47. S. 815. — 48) Trömmer Ernst: Journ. f. Psychol. u. Neurol. B. 35. H. 5/6. S. 194—198. 1928; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 51. S. 295. — 49) Misch Walter: Sammelref. der Arbeiten von Foix und seinen Schüllern. Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 53. S. 673. — 50) Brain W. Russel and R. Desmond: Proc roy. Soc. Med. 24. 869—874. 1931; Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. B. 61. S. 167. — 51) Goldstein Kurt: Nervenarzt Jg. IV. 1931. S. 453. — 52) Ironside, Redvers and Manfred Guttmacher: Brain. 52. Str. 442—483. 1929; Zentralblatt f. d. g. N. u. Ps. B. 55. S. 730. — 53) Choroschko: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 83. S. 291. 1922. — 54) Moniz Egas: Encéphale. 22. Nr. 7. Str. 514—532. 1927; Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 48. S. 422. — 55) John Karl: Z. Neur. 127. 596—614. 1930; Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 59. S. 89.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Julian FLIEDERBAUM, b. asystent oddziału. Warszawa.

### O skurczu śledziony posalyrganowym.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
Ordynator: Dr. G. Lewin.

Rola śledziony w gospodarce wodnej nie jest dotąd należycie zbadana. O ile innym zbiornikom krwi — wątrobie, płucom, tkance podskórnej — poświęcono dużo uwagi, o tyle jeden z największych magazynów krwi — śledziona — jest niesłusznie pomijany w pracach klinicznych i w doświadczeniach na zwierzętach. A wiemy przecież, że narząd ten, na znaczenie zmiennej pojemności którego zwrócili uwagę Barcroft, Borysiewicz, Dale, Dresel i Leitner i inni, — że narząd ten duże posiada znaczenie w regulacji gospodarki kwasowo-zasadowej, białkowej, tłuszczowo-lipoidowej, cukrowej i t. d. Wiemy również, że odchylenia od prawidłowej regulacji tych ogniw przemiany materji i na gospodarkę wodną wywierającą wpływ decydujący. To zmusiło nas do zanalizowania roli śledziony w krążeniu, ustalaniu się i zaleganiu wody w ustroju.

W dostępnem nam piśmiennictwie znaleźliśmy prace następujące: Po wyjęciu śledziony spostrzegali Asher i Dieticker u świnki morskiej, Dresel i Leitner u człowieka, bilans wodny ujemny oraz wzmożone wydalanie z ustroju wody, podanej doustnie. Barcroft oraz Dresel i Leitner stwierdzali w organiźmie pozbawionym śledziony brak zwiększania się ilości krwi krążącej po piciu wody. Stephans po wlewaniu dożylnem soli fizjologicznej widział obrzmienie śledziony. Wg. Schliephake i Dimitroffa w pół godziny po wstrzyknięciu wyciągu ze śledziony obniża się wskaźnik załamania surowicy krwi, następnie ulega on podwyższeniu, a w trzy godziny po wstrzyknięciu wskaźnik opada poniżej poziomu pierwotnego.

Z tego przeglądu piśmiennictwa wynika, że rolę śledziony w gospodarce wodnej należy zbadać jak najdokładniej. Nie wiemy, czy jest ona magazynem wody (podobnie jak jest zbiornikiem zapasowym krwinek czerwonych), czy stoi na straży izotonji krwi — pochłaniając z krwi nadmiar wody, czy i przez jakie czynniki regulowane jest zaleganie wody zapasowej w śledzionie, czy poza tem nie odgrywa śledziona roli gruczołu, którego wydzielina dokrewna wpływa regulująco na wodę ustroju. Zagadnienia te mogą być rozstrzygnięte jedynie przy zbiorowym wysiłku klinicystów i patologów.

W pracy niniejszej przedstawiamy wyniki naszych badań nad śledzioną, jako zbiornikiem zapasowym wody.

Z badań Stephansa, wyżej wymienionych, bynajmniej nie wynika, że śledziona magazynuje płyny. Jej ostre obrzmienie, następujące nieraz po wprowadzeniu dożylnem dużej ilości płynów (zjawisko to również i my kilkakrotnie mieliśmy możność obserwować), może być skutkiem zarówno przejścia płynów z krwi do śledziony, jak i jej odczynu na wprowadzenie ciała obcego do ustroju: śledziona jest termometrem bardzo czułym, wskazującym wszelkie odchylenia od normy w składzie krwi. Dłużej trwająca wodnistość krwi po splenektomji w przypadkach dostania się do krwiobiegu nadmiaru płynów również nie dowodzi, że śledziona jest rezerwuarem zapasowym wody, gdyż wodnistość krwi mogłaby być spowodowana brakiem hormonu śledziony, który miałby regulować rozmieszczenie w ustroju wody.

Metodyka badań naszych musiała być inną, wolną od wymienionych zarzutów. Najodpowiedniejszą drogą wykazania czynności magazynującej śledziony jest wyrzucenie ew. zapasów wody ze śledziony do ogólnego krwiobiegu, a stąd — do narządów wydalających, do nerki w pierwszym rzędzie. W razie dodatniego wyniku próby spodziewalibyśmy się: 1) zmniejszenia objętości śledziony, 2) rozwodnienia krwi i 3) wielomoczu. Celem wyrzucenia wody z jej spichrzów moglibyśmy zastosować zabiegi następujące: bądź użyć w tym celu ogólnie znanych środków kurczących śledzionę (natrysk zimny, diatermja, promienie pozafiołkowe i „X", mięsienie okolicy śledziony, wstrzyknięcie strychniny, adrenaliny i t. d.), bądź przeprowadzić badania nad wpływem na śledzionę leków moczopędnych tkankowych, nad którem to zagadnieniem dotąd nie zastanawiano się. Ten ostatni sposób przyjęliśmy za bardziej celowy, gdyż, jak mogliśmy się osobiście przekonać i jak to wynika z badań licznego szeregu autorów, zabiegi pierwszego rodzaju (zwłaszcza wstrzyknięcie adrenaliny) wywołuje głównie zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i limfocytów oraz zwiększenie zawartości odsetkowej elementów morfotycznych we krwi całkowitej.

Do naszych doświadczeń wybraliśmy salyrgan, jako najszybciej i najsilniej działający środek tkankowy przeciwobrzękowy i moczopędny. Coprawda nie brak autorów, którzy sądzą, że organiczne związki rtęci zwiększają pędzenie moczu głównie przez wpływ bezpośredni na nerki. Sądzimy jednak, że nawet gdyby rtęć przez zadziałanie na kanaliki kręte rzeczywiście pobudzała wydalanie wody i soli, nie przeczy to bynajmniej, że działa ona również i na same tkanki. Przemawiają za tem następne, przez nas obserwowane zjawiska: salyrgan czasami wywołuje pocenie się sercowo chorych z obrzękami, zwiększa u nich parowanie niewidoczne skóry, pobudza wydzielanie śliny i soku żołądkowego (zmniejszone u sercowo chorych z obrzękami), przy wprowadzeniu dootrzewnowem działa gwałtowniej i silniej, niż przy podaniu dożylnem, wreszcie zwiększa wybitnie wyciekanie płynu obrzękowego z tkanki podskórnej po dokonanej skaryfikacji skóry obrzękłej. Jak tedy wpływa salyrgan na śledzionę?

Wybieraliśmy chorych z rozlanem powiększeniem śledziony — bez obrzęków, puchlin oraz bez powiększenia wątroby, by wyłączyć wpływ organicznych związków rtęci na tkankę podskórną i wątrobę.

Naczczo, w spoczynku, przy wyłączeniu czynników psychicznych, wstrzykiwaliśmy 2 cm³ salyrganu dożylnie.

Chorych ważyliśmy przed wstrzyknięciem, po 4 i po 24 godz. Ilość wody we krwi z palca określaliśmy (wagowo wg. Banga, refraktometrycznie, przez liczenie czerwonych ciałek krwi, bądź przez oznaczanie hemoglobiny przy pomocy kolorymetru Autenrietha) przed wstrzyknięciem, po 10', 20', 30', 60', 120', 240'. Notowaliśmy ilość dobową moczu w ciągu 3 dni poprzedzających doświadczenie oraz w dniu doświadczenia. W ciągu 2 godzin przed wstrzyknięciem i w ciągu 4 godzin po wstrzyknięciu zbieraliśmy porcje godzinne moczu i obliczaliśmy ich objętość (ilość cm³). W kilku przypadkach wykonywaliśmy rozbiór krwi morfologiczny przed wstrzyknięciem, w 20', 40' i 60' po wstrzyknięciu salyrganu. Wielkość śledziony oznaczaliśmy przed podaniem salyrganu, co 15 minut w ciągu pierwszej godziny po wstrzyknięciu, co godzinę w ciągu trzech godzin następnych, wreszcie w 24 godzin po wstrzyknięciu: wymiary śledziony oznaczaliśmy, określając zapomocą centymetru 1) odległość stwierdzonego wypukiem górnego bieguna śledziony (punkt kostny, stały, a nie skórny — przesuwalny) od wyczuwalnego najbardziej nadół wysuniętego jej punktu (wymiar podłużny) i 2) odległość najdalej nazewnątrz sięgającego brzegu śledziony od najbardziej ku kresie białej zbliżonego punktu (ew. kresę białą przekraczającego).

Badania wstępne, przeprowadzone u 10 osobników klinicznie — zdrowych, pozostających na stałej pełnej diecie szpitalnej, wykazały stosunki następujące. Już w krótkim czasie po wstrzyknięciu dożylnem 2 cm³ salyrganu (po 10—30 minutach) wzrasta zawartość we krwi części płynnej (wody) oraz soli kuchennej. W 2 godziny po wstrzyknięciu przychodzi do wzmożonego pędzenia moczu. Racje godzinne, które wynosiły przed wstrzyknięciem 60—100 cm³, wzrastały o 100—200%. Ta wzmożona diureza trwała 4—5 godzin, po którym to okresie moczenie znacznie się zmniejszało — w porównaniu z okresem przedsalyrganowym. Dobowa ilość moczu u chorych z bilansem wodnym wyrównanym i stałym po zastrzyknięciu salyrganu wzrastała o 500—950 cm³ w porównaniu z okresem przedsalyrganowym. Po doświadczeniu chorzy tracili na wadze w ciągu doby 500—1000g. Nawiasem dodamy, że zgodnie z danemi szeregu autorów, po salyrganie stwierdzaliśmy 1) poza rozwodnieniem i przesoleniem krwi — jej przecukrzenie i niedowapnienie oraz zwiększenie zasobu zasad osocza, 2) w moczu — wzmożenie zawartości soli kuchennej oraz zwiększenie kwasoty czynnej ($C_H$), po którem następowało przesunięcie oddziaływania w kierunku zasadowym, 3) w soku żołądkowym zwiększenie kwasoty i chlorków całkowitych.

Badania przeprowadzone narazie u 20 chorych dały wyniki, uwidocznione na załączonej tablicy.

Jak wynika z tej tablicy materjał nasz składał się z 12 przypadków białaczki szpikowej (2 przyp. ostrej, 10 przewlekłej), 2 przypadków ziarnicy złośliwej, 2 przypadków czerwienicy, 1 przypadku małopłytkowości samoistnej, 1 przypadku anemji hemolitycznej typu Hayema-Widala, 1 przypadku zakrzepu żyły śledzionowej i 1 przypadku zespołu wątrobowo-śledzionowego Eppingera.

Wszystkie przypadki charakteryzowały się w swym przebiegu klinicznym brakiem puchlin, obrzęków i powiększenia wątroby przy znacznem powiększeniu śledziony.

Kształt śledziony był różny: kiełbasowaty, wyciągnięty w ziarnicy złośliwej, wydłużony w czerwienicy, małopłytkowości i żółtaczce hemolitycznej, bardziej równomiernie powiększony w obu wymiarach w zakrzepie żyły śledzionowej i przewlekłej białaczce i t. d.

Wymiar podłużny śledziony (patrz wyżej) wahał się od 17—29 cm (przeciętnie 23 cm), wymiar poprzeczny (p. wyżej) — od 11 do 35 cm (przeciętnie 20,55 cm).

Spoistość śledziony była różna: miękka w ostrej białaczce, twardsza w zakrzepie żyły śledzionowej, twarda w ziarnicy, czerwienicy, małopłytkowości i żółtaczce hemolitycznej, bardzo spoista w zespole wątrobowo-śledzionowym i białaczce przewlekłej, bardzo twarda w niektórych przypadkach białaczki przewlekłej z wyczuwalnem pod palcami tarciem śledzionowem *(perisplenitis?)*

Brzeg śledziony i jej powierzchnia we wszystkich przypadkach były gładkie, równe. Na dotyk śledziony nie były bolesne. Ruchomość oddechowa była różna w poszczególnych przypadkach.

Po wstrzyknięciu dożylnem (w jednym przypadku — śródmięśniowem) 2 cm³ salyrganu spostrzegałem zmiany następujące:

W 14 przypadkach wystąpił wyraźny skurcz śledziony, zmniejszenie się jej wymiarów w kierunku podłużnym i poprzecznym. Wymiar podłużny we wszystkich badanych przypadkach zmniejszał się o 0 do 11 cm, przeciętnie o 4.25 cm, najczęściej o 5—7 cm. Wymiar poprzeczny śledziony u wszystkich chorych zmniejszał się o 0 do 10 cm, przeciętnie o 5,1 cm, najczęściej o 5—10 cm. W niektórych przypadkach skurcz był jednolity — w obu wymiarach, w niektórych — tylko w podłużnym lub poprzecznym, w niektórych — przeważnie w jednym kierunku. W czasie skurczu zwiększała się spoistość śledziony, brzeg jej ulegał zcieńczeniu. W jednym przyp. ostrej białaczki ze śledzioną b. tkliwą (napięcie torebki skutkiem nagłego obrzmienia śledziony) wstrzyknięcie zmniejszyło bolesność śledziony samoistną i dotykową. W szeregu przypadków po wstrzyknięciu zmniejszało się uczucie ciążenia w lewem podżebrzu. W 3 przypadkach skurcz zupełnie nie wystąpił, w 3 był niewyraźny, niepewny; były to przypadki następujące: zespół śledzionowo-wątrobowy, ziarnica złośliwa i białaczka przewlekła; z 6 przypadków w tej grupie — w 5 również i po rentgenoterapji ( i raz po adrenalinie) nie uzyskano zmniejszenia się śledziony oraz poprawy obrazu krwi, w 1 przypadku poprawa była nieznaczna po naświetlaniach promieniami „X".

Skurcz śledziony rozpoczynał się 10—45 min. po wstrzyknięciu dożylnem, przeciętnie po 26'30", najczęściej po 10—20 minutach. Najwyraźniej skurcz zaznaczał się (niezależnie od rodzaju wstrzyknięcia) w 40—480 minut po salyrganie, przeciętnie po 76'25, najczęściej po 40'—60'. W szeregu przypadków skurcz utrzymywał się ponad 24 godzin.

Badając zawartość substancji suchej we krwi, względnie stopień rozwodnienia krwi przed i po wstrzyknięciu salyrganu, przekonałem się, że w przypadkach, w których śledziona się kurczy, zaznacza się posalyrganowe rozwodnienie krwi. Zawartość substancji suchej zmniejsza się w tych przypadkach o 5—35%. Szczyt rozwodnienia — w 60—120 minut po wstrzyknięciu, najczęściej po 60 minutach.

Ścisłej równoległości ilościowej między stopniem kurczliwości śledziony i stopniem rozwodnienia krwi nie spostrzegałem. Natomiast istnieje współzależność obu tych objawów po salyrganie.

Tablica wpływu wstrzyknięcia dożylnego 2 cm$^3$ salyrganu na wielkość śledziony, poziom wody we krwi, wagę i diurezę u osobników z powiększoną śledzioną.

| L. p. | Imię i nazwisko | Wiek | Płeć | Rozpoznanie kliniczne | Wymiary śledziony w cm. | | Skurcz śledziony | | Zmiana % zawartości substancji suchej we krwi po wstrz. salyrg. | | | | | | Waga w kg. | | | Diureza w cm.$^3$ | | | | | | UWAGI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | przed wstrzykn. | po wstrzykn. | rozpoczął się po | był największy po | po 10' | po 30' | po 60' | po 120' | po 240' | po 24 g. | przed wstrzyk. | po wstrzyknięciu po 4 g. | po wstrzyknięciu po 24 g. | po wstrzyknięciu 1 g. | 2 g. | 3 g. | 4 g. | dobowa | przed wstrzyk. dobowa | |
| 1 | P. S. | 20 l. | m. | Myelosis leucaemica acuta | 27×34 | 19×26 | 20' | 45' | −18 | −24 | −25 | −15 | −10 | +5 | 56 | 55 | $54^{1}/_{2}$ | 100 | 175 | 242 | 436 | 2800 | 1350 | Chory miał silne bóle śledziony, które zmniejszyły się po wstrzyknięciu salygranu. |
| 2 | N. Sz. | 41 „ | m. | Myelosis leucaemica chronica | 24×28 | 18×18 | 45' | 120' | −5 | −12 | −22 | −33 | −8 | 0 | $51^{1}/_{2}$ | $49^{1}/_{2}$ | 49 | 96 | 275 | 557 | 515 | 3700 | 1500 | |
| 3 | M. O. | 50 „ | m. | Myelosis leucaemica chr. | 19×23 | 17×24 | brak skurczu | | −5 | −3 | −8 | −2 | +5 | 0 | 57 | $56^{1}/_{2}$ | 57 | 65 | 65 | 70 | 80 | 1420 | 1150 | 3 serja naświetlań Roentgenem. Również po adrenalinie i po Roentgenie śledziona nie zmniejszyła się. Po Roent. brak poprawy. |
| 4 | M. A. | 46 „ | m. | Myelosis leucaemica chr. | 29×22 | 23×16 | 10' | 60' | −15 | −23 | −29 | −21 | −11 | +12 | 49 | 47 | $47^{1}/_{2}$ | 82 | 290 | 415 | 410 | 2600 | 1000 | |
| 5 | L. L. | 56 „ | m | Myelosis aleucaemica chr. | 21×19 | 16×14 | 10' | 50' | −12 | 15 | −25 | −18 | −10 | −5 | 55.200 | 53 | $53^{1}/_{2}$ | 135 | 380 | 450 | 560 | 2750 | 1250 | |
| 6 | Sz. L. | 22 „ | m. | Insuff. mitralis et aortae. Cirrhosis hepatis bivenos. Trombosis venae lienalis. (Brak puchlin i obrzęków) | 29×35 | 18×22 | 120' | 480' | nie badano | | | | | | 47.900 | | 42.300 | 40 | 65 | 425 | 525 | 3500 | 400 | Salyrgan wstrzyknięto domięśniowo. Również po adrenalinie wybitny skurcz śledziony. Badanie pośmiertne wykazało zmiany podane w rubryce — rozpoznanie. |
| 7 | B. K. | 45 „ | m. | Polyglobulia t. Vaquez | 19×12 | 17×10 | 30' | 90' | −8 | −10 | −15 | −3 | 0 | 0 | 56.200 | 55.800 | 56.200 | 50 | 90 | 218 | 95 | 1200 | 1150 | Brak poprawy po rentgenoterapji |
| 8 | I. M. | 40 „ | m. | Polyglobulia t. Vaquez | 22×14 | 15×8 | 10' | 50' | −18 | −23 | −33 | −17 | −10 | +4 | 62.500 | 61.200 | 60.800 | 90 | 220 | 490 | 400 | 3200 | 1570 | Wybitna poprawa po Roentgenie. |
| 9 | I. W. | 32 „ | ż. | Thrombopenia essentialis c. splenomegalia | 24×16 | 20×7 | 10' | 75' | −11 | −18 | −24 | −25 | −16 | −1 | 47.900 | 46.800 | 47 | 65 | 130 | 415 | 400 | 2400 | 1420 | |
| 10 | Ch. G. | 20 „ | ż. | Splenomegalia c. cirrhosi hepatis atrophica et anaemia hypochromica t. Eppinger | 18×12 | 18×10 | 60'(?) | 60'(?) | −3 | −3 | −5 | −3 | −2 | −5 | 54.200 | 53 900 | 54.200 | 90 | 100 | 80 | 60 | 1020 | 980 | Skurcz niepewny. |
| 11 | H. W. | 40 „ | m. | Icterus haemoliticus t. Hayem-Widal c. splenomegalia | 20×14 | 19×7 | 15' | 40' | −8 | −21 | −23 | −12 | −9 | +7 | 62 | 61 | 60 | 45 | 230 | 450 | 280 | 3000 | 1100 | |
| 12 | B. M. | 20 „ | m. | Lymphogranulomatosis maligna (Lien auctum) | 23×16 | 22×15 | 50'(?) | 50'(?) | +2 | −1 | +4 | +3 | 0 | 0 | 55 700 | 55.400 | 55.700 | — | 100 | 55 | 70 | 1000 | 1000 | Skurcz niepewny. Brak poprawy po Roentgenie. |
| 13 | B. S. | 48 „ | ż. | Myelosis leucaemica chr. | 27×22 | 22×19 | 15' | 75' | −12 | −17 | −27 | −13 | 0 | +6 | 52 | 51 | 50 008 | 50 | 90 | 290 | 370 | 2600 | 1450 | |
| 14 | S. F. | 45 „ | ż. | Myelosis leucaemica chr. | 28×29 | 23×19 | 20' | 70' | −15 | −16 | −24 | −22 | −9 | −3 | 54 | 43.300 | 52.500 | 40 | 130 | 230 | 320 | 2800 | 1320 | |
| 15 | R. T. | 27 „ | ż. | Lymphogranulomatosis maligna (Lien auctum) | 21×12 | 19×12 | 40'(?) | 40'(?) | −8 | −11 | −11 | −9 | −8 | −5 | 47 | 46.500 | 46.500 | 50 | 40 | 170 | 220 | 1500 | 1020 | Skurcz niepewny. Nieznaczna poprawa po Roentgenie. |
| 16 | R. F. | 49 „ | ż. | Myelosis aleuc. chronica | 19×11 | 19×10 | brak skurczu | | −1 | −1 | +2 | −3 | −2 | 0 | 64 | 63.800 | 64.000 | — | 40 | 70 | 95 | 1300 | 1270 | Brak poprawy po Roentgenie. |
| 17 | J. K. | 41 „ | m. | Myelosis aleucaemica chr. | 21×19 | 14×9 | 25' | 40' | −12 | −17 | −26 | −8 | −1 | +4 | 60.400 | 59.500 | 58.000 | 70 | 120 | 315 | 420 | 4000 | 1500 | |
| 18 | S. K. | 18 „ | m. | Myelosis leucaemica ac. | 17×13 | 12×8 | 10' | 60' | −17 | −18 | −33 | −35 | −12 | +2 | 51 | 50 | 49.500 | 60 | 115 | 300 | 500 | 2700 | 1100 | |
| 19 | S. C. | 45 | ż. | Myelosis leuc. chronica | 27×29 | 26×29 | brak skurczu | | −3 | −2 | +4 | +6 | +5 | +4 | 61 | 60.600 | 61.200 | 20 | 70 | 110 | 200 | 1200 | 1450 | 4-ta serja naświetlań Roentgen. Roentgen śledziony nie zmniejszył. |
| 20 | A. T. | 41 „ | ż. | Myelosis leucaemica chr. | 25×31 | 18×22 | 40' | 120' | −2 | −5 | −15 | −27 | −21 | +3 | 51 | 50.200 | 49 | 90 | 146 | 245 | 320 | 3200 | 1300 | |

Wybitnym skurczom towarzyszy znaczne rozwodnienie krwi. Natomiast rozwodnienia niema lub jest ono mało uchwytne u chorych, u których skurcz śledziony nie wystąpił.

Waga w 4 godziny po wstrzyknięciu była o 200 do 2200 g mniejsza od pierwotnej, przeciętnie o 895 g mniejsza, najczęściej mniejsza o 700 — 1600 g.

Waga w 24 godzin po wstrzyknięciu salyrganu ulegała zmianie: wzrastała lub zmniejszała się, różnica więc między wagą przed i po wstrzyknięciu wahała się od + 200 g do — 5600 g przeciętnie o — 1315 g, najczęściej od — 1200 do — 2500 g. Waga nie zmniejszała się u osobników, u których skurcz śledziony nie następował. Wszystkie spadki spostrzegałem przy znacznym skurczu śledziony i znacznym stopniu rozwodnienia krwi.

Diureza w ciągu 4 godzin po wstrzyknięciu wynosiła od 205 do 1525 cm³, przeciętnie 739 cm³, najczęściej od 800 cm³ do 1200 cm³

Diureza dobowa wzrastała w porównaniu z przeciętną diurezą przed doświadczeniem w przypadkach, w których skurcz śledziony wystąpił, o 500 do 3100 cm³, natomiast w przypadkach ze śledzioną niekurczliwą diureza nie ulegała zmianie lub wzrastała o 30 do 480 cm³ lub zmniejszała się o 250 cm³. Przeciętnie we wszystkich przypadkach diureza wzrosła o 1105,5 cm³, najczęściej zwiększała się o 1150 do 2200 cm³. U niektórych chorych spadki na wadze były większe od wzmożenia diurezy, co przy stałej podaży płynów dowodziłoby wzmożenia wydzielania płynów pozanerkowo.

W szeregu przypadków przeprowadziliśmy badania nad wpływem skurczu śledziony posalyrganowego na obraz krwi morfologiczny. Jednolitych wyników nie otrzymaliśmy.

Streszczając, widzimy więc, że wstrzyknięcie dożylne 2 cm³ salyrganu chorym z powiększoną śledzioną bez puchlin, obrzęków i obrzmienia wątroby

1) powoduje niejednokrotnie znaczny skurcz śledziony w wymiarze podłużnym lub poprzecznym lub w obu wymiarach;

2) równocześnie wywołuje znaczne rozwodnienie krwi, wzmożenie diurezy i spadki na wadze — większe niż u osobników zdrowych.

Zmiany spostrzegane przez nas uprawniają do wyprowadzenia wniosków następujących:

1) skurcz śledziony posalyrganowy powstaje skutkiem wyrzucenia wody zalegającej w śledzionie do ogólnego krwiobiegu (przeto — rozwodnienie krwi), a stąd do moczu (przeto — wzmożenie diurezy) i na drodze pozanerkowej (przeto — spadki na wadze większe, niż stopień wzmożenia diurezy);

2) śledziona pełni rolę zbiornika zapasowego wody, który ulega opróżnieniu po salyrganie;

3) w rozlanych powiększeniach śledziony niejednokrotnie istnieje wzmożone magazynowanie wody rezerwowej.

Salyrganowa próba śledzionowa poza teoretycznem posiada również i praktyczne znaczenie:

1) w zestawieniu ze skurczem śledziony poadrenalinowym wynik próby z salyrganem może okazać się pożytecznym w różniczkowaniu powiększeń śledziony o różnej przyczynie i współudziale w nich różnych układów czynnościowych śledziony;

2) brak skurczu po salyrganie wydaje się mieć pewne znaczenie rokownicze, — zjawisko takie spostrzegaliśmy w przypadkach, w których rentgenoterapja nie osiągała poprawy;

3) skurcz śledziony po salyrganie przynieść może ulgę choremu ze śledzioną bolesną skutkiem napięcia jej torebki.

Mechanizm wpływu salyrganu na śledzionę wymaga dalszych badań.

*Piśmiennictwo:*

1) Asher i Dietricker: Klin. Wschr. 1927. Nr. 12, str. 552. 2) Barcroft: J. Physiol. 1925. 60, str. 443; Lancet. 1925, 28, 319 i 1926. 210. 544; Erg. d. Physiol. 1926. 25. str. 818—861. — 3) Binet: Pr. Méd. 1926, Nr. 91, str. 1425. — 4) Borysiewicz: P. Gaz. Lek. 1928. Nr. 39 str. 708. — 5) Dale: wg. Barcrofta, Erg. d. Physiol., loco citato. — 6) Dresel i Leitner: Klin. Wschr. 1928. Nr. 29 str. 1362. — 7) Stefek: P. G. Lek. 1924. Nr. 12—13. — 8) Stephens: wg. Barcrofta, loco citato. — 9) Schliephake: Klin. Wschr. 1930. Nr. 47, str. 2207, oraz D. Arch. f. Klin. Med. 1932. T. 172. Z. 5—6, str. 523.

---

Dr. Stefan MALCZYŃSKI, St. Asyst. U. J. K. Lwów.

## O wpływie energji promiennej na poziom składników mineralnych krwi.

*Część III.*

*Zmiany w poziomie składników mineralnych krwi pod wpływem naświetlań promieniami granicznemi. (Lampa Bucky'ego).* [1]

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

W tej grupie doświadczeń po ustaleniu przeciętnego poziomu z okresu 8-tyg. oznaczanych przez nas składników mineralnych, zastosowaliśmy trzy naświetlania promieniami granicznemi przy użyciu lampy Bucky'ego firmy Koch i Sterzel — Drezno, przez trzy dni po kolei o dawce: 1. pole z odległości 10 cm przez 15 minut przy 9 kilovoltach. Strefa promieni granicznych przypada między promieniami pozafiołkowemi a promieniami Roentgena. W 10 min. po ostatniem naświetlaniu pobraliśmy pierwszy raz krew, poczem co 3 dni, względnie co 7 pod koniec badań.

Przeciętny poziom fosforu (P) we krwi z okresu poprzedzającego naświetlania wynosił u psa pierwszego 27.84 mg %, u psa drugiego 28.29 mg %. W tydzień po ukończeniu naświetlań poziom fosforu nieznacznie podniósł się zwłaszcza u psa I., uzyskując wartość 30.76 mg %. (+ 10.4%). Wyraźniejszy wzrost P wystąpił u psa II. nieco później, bo w 10 dni po zaprzestaniu naświetlań, osiągając wartość 33.33 mg % (+ 17.8%). U psa I. oznaczenie P w trzy dni po wzroście wykazało powrót do poziomu wyjściowego i utrzymywanie się go na tej wysokości przez pewien czas. Mniej więcej w 3 tyg. po zaprzestaniu naświetlań wystąpił nieznaczny spadek P do 25 mg %. Spadek ten podobnie jak poprzedni wzrost był zjawiskiem krótkotrwałem. Trzeciego bowiem dnia poziom P podwyższył się znowu i utrzymywał się już do końca naszych badań (5 tyg. od spadku) na normalnej, przeciętnej wysokości. (28.76 mg %).

Zachowanie się fosforu u psa II. było bardzo podobne do krzywej psa I. W 3 dni po krótkotrwałym wzroście (który wystąpił 10-go dnia po ukończeniu naświetlań) poziom P uzyskał wartość wyjściową, poczem przez dwa tygodnie stwierdzono bardzo nieznaczne wahania P w granicach 26.25—29.66 mg %: wreszcie przez dalszych 5 tyg. aż do ukończenia badań krzywa fosforu biegnie prawie poziomo, nie odbiegając od cyfr wyjściowych. (około 28.90 mg %). Krzywa zatem P u psa I. i II. przebiega bardzo jednostajnie, nie wykazując zmian wybitniejszych. Wahania poziomu P są wogóle bardzo nieznaczne i krótkotrwałe. Na podstawie powyższych badań można twierdzić, że wpływ promieni granicznych w odniesieniu do poziomu P jest tak minimalny, że nie może być właściwie brany pod uwagę.

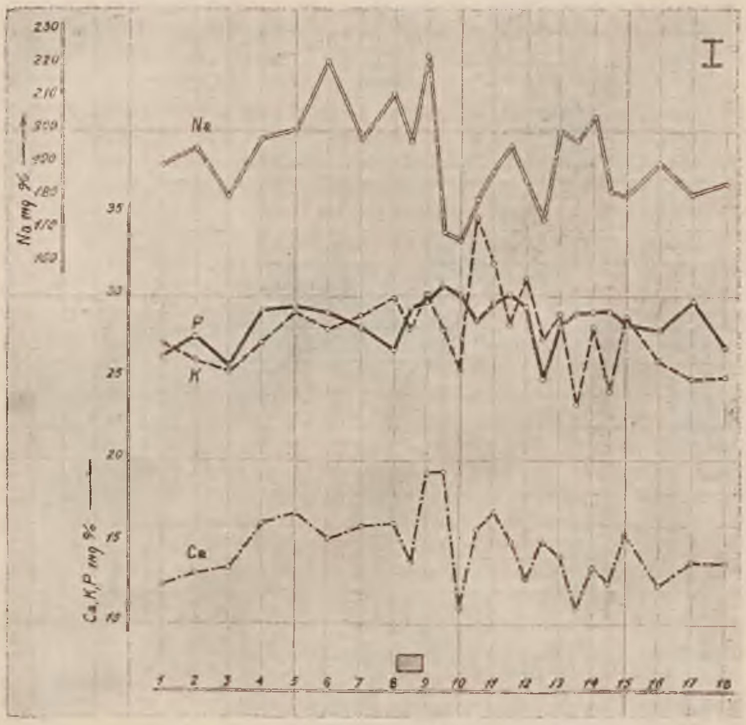
Wyraźniejszy wpływ zauważyliśmy w poziomie wapnia (Ca) we krwi. Przeciętny poziom Ca wynosił u psa pierwszego 14.94 mg %, u psa drugiego 14.14 mg %. W następstwie naświetlań powstał przejściowy wzrost Ca, którego dalsze zachowanie się było bardzo podobne u obu naszych zwierząt. U psa I. wzrost Ca w 3 dni po ukończeniu naświetlań osiągnął wartość 19.21 mg %. (+ 28.5%), po dalszych trzech dniach podwyższył się jeszcze do 19.40 mg %, poczem po okresie następnych 3 dni spadł nagle — nawet poniżej poziomu wyjściowego, uzyskując wartość 11.50 mg %. Względny ten i krótkotrwały spadek przypada mniej więcej 14-go dnia po ukończeniu naświetlań.Następne, co trzy dni oznaczenia Ca wykazują podniesienie się jego poziomu do wartości 16 mg %, poczem przez okres 8 tyg., t. zn. do ukończenia badań, wapń wykazuje wahania, których górna granica nie wznosi się ponad 16 mg %, a dolna nie przekracza 11 mg %. Krzywa zachowania się Ca u psa II. jest w swoim przebiegu bardzo podobna do krzywej Ca psa I. Wzrost wystąpił w 7 dni po ukończeniu naświetlań i osiągnął wartość 18.73 mg %. (+ 29.7%). Jednakże u tego psa krzywa Ca utrzymuje się na wyższym poziomie przez 2 tyg. w granicach od 18.73 — 19.81 mg %, poczem dopiero spada nagle do wartości 12.73 mg %, więc poniżej poziomu wyjściowego. W ostatnim okresie badań poziom Ca wykazuje wahania w granicach od 12.92—15.30 mg %.

Wpływ promieni granicznych zaznacza się we wzroście wapnia, trwającym krótszy lub dłuższy czas, poczem po chwilowym spadku, nawet poniżej cyfr wyjściowych, poziom Ca wykazuje wahania, nie przekraczające jednak wartości przeciętnych.

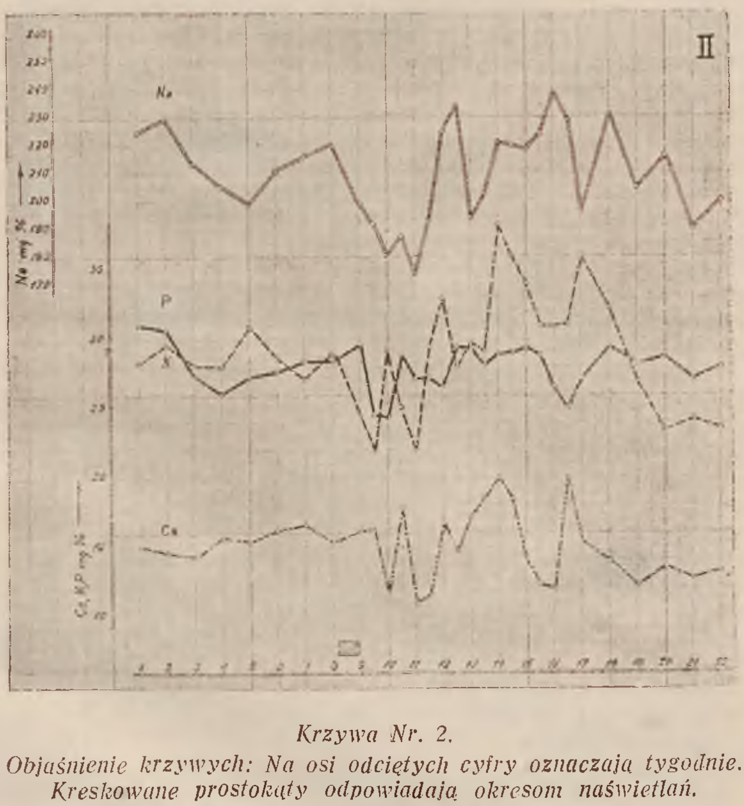
---

[1]) J. W. P. Prof. Dr. J. Lenartowiczowi, Dyrektorowi Kliniki Dermatologicznej U. J. K. za pozwolenie korzystania z aparatów promieniotwórczych, oraz J. W. P. Dr. K. Kauczyńskiemu, St. Asyst. tejże Kliniki za pomoc podczas naświetlań — składam serdeczne podziękowanie.

Zachowanie się trzeciego oznaczanego w naszych badaniach składnika mineralnego krwi t. j. potasu (K), pod wpływem naświetlań promieniami granicznemi, było także charakterystyczne. Przeciętne jego wartości z okresu przed naświetlaniem wynosiły u psa pierwszego 27.82 mg %, a 28.72 mg % u psa drugiego. W 14 dni po ukończeniu naświetlań zaznaczył się wyraźny wzrost K, który




*Krzywa Nr. 1.*




*Krzywa Nr. 2.*

*Objaśnienie krzywych: Na osi odciętych cyfry oznaczają tygodnie. Kreskowane prostokąty odpowiadają okresom naświetlań.*

osiągnął wartość 34.80 mg % (+ 25%). Wnet jednak krzywa K zaczyna obniżać się tak, że już trzeciego dnia uzyskuje poziom 32 mg %, a po dalszych trzech dniach osiąga zpowrotem wartość wyjściową z okresu przed naświetlaniem. W krótki czas krzywa K podnosi się jeszcze chwilowo do 31.26 mg %, poczem do końca badań (przez okres 6 tyg.) wykazuje wahania, których górna granica nie przekracza 29 mg %, dolna zaś nie obniża się poniżej 23.60 mg %. Charakterystyczniejsze było zachowanie się K u psa II. Przeciętny poziom wyjściowy K wynosił w tym przypadku 28.72 mg %. Już w trzy dni po ukończeniu naświetlań stwierdza się wybitną stałą dążność K do wzrostu, którego maximum, wyrażone wartością 38.36 mg % (+ 39.1%), przypada nieco prędzej, jak u psa I., bo już 19-go dnia po naświetlaniach lampą Bucky'ego. Ten wzrost wybitniejszy, jak w przypadku poprzednim, jest również krótkotrwały. Badania dalsze, przeprowadzane co trzy dni, wykazują powrót potasu do normy, a nawet poniżej normy, bo do 26.22 mg %, którą uzyskuje mniej więcej w 10 dni od chwili maksymalnego wzrostu. W trzy dni później stwierdza się powrót potasu do poziomu wyjściowego, utrzymywanie się na nim przez tydzień, poczem odmiennie jak w przypadku pierwszym zaznaczą się jeszcze raz dążność do drugiego wzrostu, którego maximum wynoszące 35.27 mg % przypada na koniec 5 tyg. od chwili ukończenia naświetlań. Okres dzielący jedno wzniesienie K od drugiego wynosi 4 tyg. Wkrótce jednak krzywa K obniża się nagle i już do końca naszych badań, bez większych wahań, utrzymuje się na przeciętnym poziomie 27 mg %.

A więc działanie promieni granicznych na poziom potasu we krwi jest wyraźne, a zaznacza się dążnością do wzrostu, chwilowego wprawdzie, ale dość znacznego, występującego już w krótki czas po ukończeniu naświetlań, a mogącego się nawet jeszcze raz powtórzyć i to po dłuższym czasie od pierwszego wzrostu, jak to miało miejsce w naszym drugim przypadku. Wreszcie zauważyć musimy, co zresztą wynika z ogólnego obrazu krzywych, że w powyżej opisanych przypadkach najwyższe wzniesienia K odpowiadają mniej więcej największym spadkom sodu w tym czasie.

Przeciętna wartość sodu (Na) wynosiła u psa pierwszego 200.03 mg %, u psa drugiego 199.37 mg %. W trzy dni po ukończeniu naświetlań zaznaczył się nieznaczny wzrost Na, wynoszący w pierwszym przypadku 223.21 mg % (+ 11.6%), w drugim 210.29 mg % (+ 5.5%). Po dalszych trzech dniach wystąpił wybitny spadek Na osiągający u psa I. wartość 170.02 mg % (— 24.9%), u psa drugiego 162.43 mg % (— 22.8%). W pierwszym przypadku poziom Na następnie podwyższa się stopniowo, uzyskując wartość 196.23 mg %, poczem do końca badań t. j. przez 7 tyg. wykazuje wahania o górnej granicy 205.06 mg %, a dolnej 173.13 mg %. Średni poziom Na w tym okresie wynosił u psa pierwszego 188.88 mg %, a więc był niższy od poziomu wyjściowego. U psa drugiego po chwilowym spadku poziom sodu również podniósł się, uzyskując wartość 206.01 mg %, poczem jego krzywa opada, uzyskując wartość 172.32 mg % i od tej chwili przez 4 tyg. aż do końca badań utrzymuje się bez większych wahań na przeciętnym poziomie 186.30 mg %, a więc także, podobnie jak w przypadku pierwszym na poziomie nieco niższym w porównaniu z wyjściowym.

Powyższe nasze obserwacje pozwalają twierdzić, że wpływ promieni granicznych na stan mineralny krwi zaznacza się przedewszystkiem w zmianach Ca, K i Na, gdy wahania w poziomie P są bardzo nieznaczne tak, że nie mogą być brane pod uwagę. Wpływ promieni granicznych na poziom Ca cechuje się wprawdzie przejściowym, ale wyraźnym wzrostem, występującym w pewien czas po ukończeniu naświetlań. Późniejsze wahania poziomu Ca najprawdopodobniej należy odnieść także do działania promieni granicznych, wywołujących wzniesienia i spadki Ca, nie przekraczające jednak wartości przeciętnych.

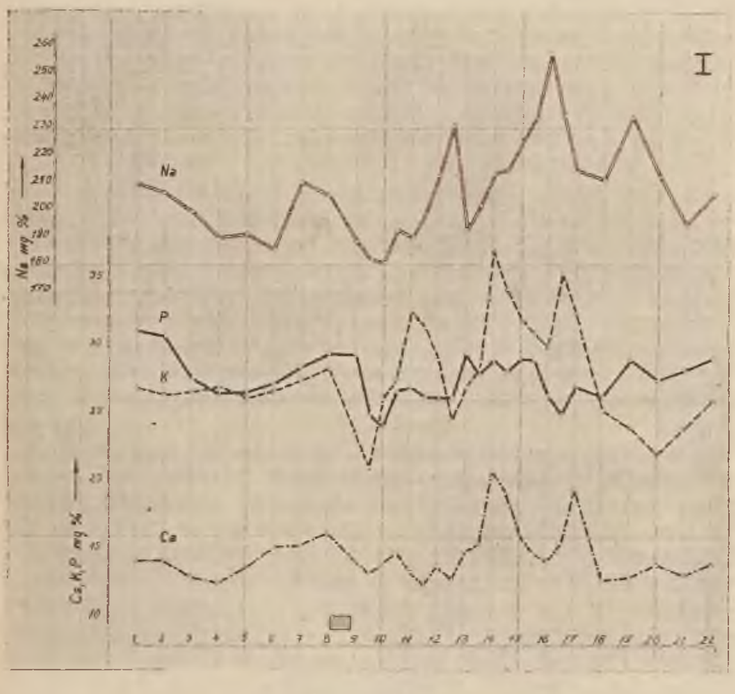
W zakresie zaburzeń przemiany potasowej wysuwa się na plan pierwszy dążność do chwilowego wzrostu K, który, po następowem osiągnięciu poziomu wyjściowego, albo na nim pozostaje do końca badań wśród ciągłych, nieznacznych wahań, albo, jak to wystąpiło w jednym naszym przypadku, po jeszcze jednorazowym, nawet dosyć wybitnym wzroście, dopiero ustala się na poziomie liczb wyjściowych. Pod wpływem promieni granicznych wystąpiły również zmiany charakterystyczne w poziomie Na. Na pierwszym planie zaznaczyła się dążność do obniżenia poziomu sodu, które dominuje do końca badań.

## *Część IV.*

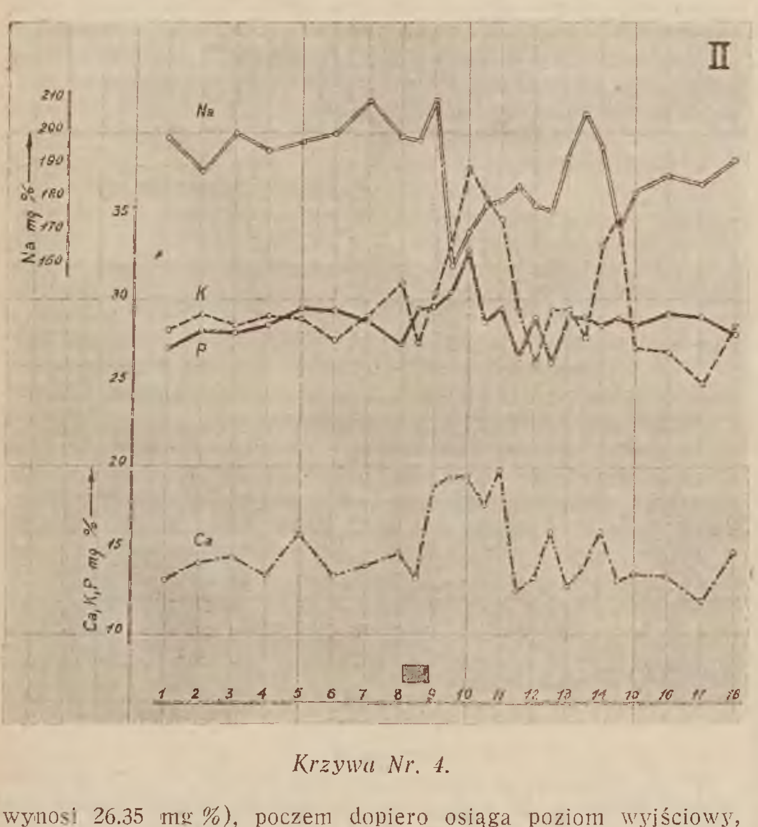
### *Wpływ promieni Roentgena na poziom składników mineralnych krwi.*

Technika i metody badań pozostały te same, co w poprzednich częściach naszej pracy. Naświetlań promieniami Roentgena zastosowaliśmy 4 przez 4 dni po kolei na ogoloną skórę grzbietu psa na przestrzeni 30/15 cm, w dawce: 5 H/1 mm Al z odległości 28 cm przez 8 minut. Ustaliwszy przeciętny poziom składników mineralnych krwi z okresu 2-miesięcznego przed naświetlaniem, pobraliśmy następnie pierwszą krew przed ostatniem naświetlaniem, poczem co 3 dni, względnie co 7 pod koniec badań.

Przeciętny poziom fosforu (P) w okresie poprzedzającym naświetlania wynosił u suki pierwszej 28.57 mg %, u psa drugiego 28.54 mg %. We krwi pobranej po trzech naświetlaniach, a bezpośrednio przed czwartem, nie stwierdziliśmy żadnych zmian w poziomie fosforu u suki I. Dopiero siódmego dnia po ukończeniu naświetlań wystąpił nieznaczny spadek P na 24.24 mg % (— 15.1%). Krzywa P podniósłszy się następnie, przebiega przez 3 tyg. na niższym od normalnego poziomie (średnia z tego okresu




*Krzywa Nr. 3.*




*Krzywa Nr. 4.*

wynosi 26.35 mg %), poczem dopiero osiąga poziom wyjściowy, na którym utrzymuje się mniej więcej przez dalsze 3 tyg. Po tym czasie stwierdza się jeszcze jeden nieznaczny — podobnie jak pierwszy — spadek do wartości 25 mg %. Spadek ten w przeciwieństwie do spadku pierwszego jest krótszy. Następnie krzywa P wraca do poziomu wyjściowego.

U psa II. krzywa P zachowuje się podobnie jak u pierwszego. (Patrz rys. Nr. 4). Z zachowania się powyższych krzywych P można wnosić, że promienie Roentgena nie mają większego wpływu na poziom fosforu we krwi. Występujące spadki P są nieznaczne i przeważnie krótkotrwałe.

Przeciętna wartość wapnia (Ca) we krwi z okresu poprzedzającego naświetlania wynosiła u suki pierwszej 14.32 mg %. u psa drugiego 15.52 mg %. Bezpośrednio po naświetlaniach nie stwierdziliśmy zmian w zakresie Ca. Wybitniejsze zmiany jego poziomu zauważyliśmy dopiero w 4 tyg. po ukończeniu naświetlań, a charakteryzowały się one przejściowym, wybitnym wzrostem wapnia, z maximum wynoszącem 21.45 mg %, a przypadającem pod koniec 5 tyg. od chwili zaprzestania naświetlań. Wzrost ten jest krótkotrwały. W przeciągu dni 10 krzywa Ca uzyskuje poziom wyjściowy. W przebiegu krzywej Ca zauważa się w tym przypadku już pod koniec badań jeszcze jeden krótkotrwały wzrost Ca, osiągający wartość 19.79 mg %, poczem poziom wapnia obniża się nagle, pozostając do ukończenia badań na wysokości cyfr wyjściowych. Średnia z końcowego blisko 4 tyg. okresu badań wynosi w tym przypadku 13.45 mg %, a więc jest nieco niższą w porównaniu z wartościami wyjściowemi.

Zachowanie się Ca u psa II. było nieco odmienne. Przeciętny poziom Ca z 8 tyg. okresu badań, poprzedzającego naświetlania był wysoki, a wynosił u tego psa 15.52 mg %. Odmiennie tutaj, jak w przypadku pierwszym, już w tydzień po ukończeniu naświetlań zaznacza się nieznaczny, a względny spadek Ca osiągający wartość 11.93 mg %. Krzywa Ca wnet podnosi się chwilowo, uzyskując 15.81 mg %, poczem znowu opada do poziomu 11.81 mg %, a więc w każdym razie nie niżej normalnego poziomu. Wapń następnie powoli podnosi się tak, że po okresie przeszło 2 tygodniowym od ostatniego spadku, uzyskuje pierwsze maximum, wynoszące 20.48 mg %. W dalszym ciągu stwierdza się szybki powrót Ca do wartości nieco niższych w porównaniu z wyjściowemi (średnio 12 mg %), poczem jego poziom podnosi się jeszcze raz do 20.07 mg %, pozostając na tej wysokości bardzo krótko. Po trzech dniach występuje obniżenie się krzywej wapnia w granicach wysokości wyjściowej (13.44 mg %), trwające prawie bez wahań aż do końca badań (przeszło 5 tyg.).

Wpływ promieni Roentgena na wapń we krwi uwidacznia się w 2 chwilowych wzrostach poziomu Ca. Wzrosty te występują w dłuższy czas po ukończeniu naświetlań.

Średnie wartości trzeciego oznaczanego składnika mineralnego krwi t. j. potasu (K) z okresu przed naświetlaniem, były w porównaniu z cyframi prawidłowemi nieco wyższe, a wynosiły u suki pierwszej 27.10 mg %, u psa drugiego 25.22 mg %. W pierwszym przypadku już 4 dnia po naświetlaniach stwierdza się względny, krótkotrwały spadek K na 21.11 mg %; już w trzy dni później wykazuje się wzrost K, który pierwsze maximum 32.89 mg % uzyskuje w 15 dni od chwili ukończenia naświetlań, a w 11 dni od spadku. Krzywa potasu szybko jednak opada, poczem znowu zaczyna się wznosić, uzyskując drugie maximum 37.26 mg % w 3 tyg. od wzniesienia pierwszego. I ten wzrost jest chwilowy. Krzywa K obniża się następnie do 30.12 mg %, poczem jeszcze raz na krótko wznosi się do wartości 35.54 mg %, co przypada w $2^1/_2$ tyg. od wzniesienia drugiego. Wkrótce krzywa K opada dosyć nagle i przebiega do końca badań (przez 4 tyg.) na poziomie niższym w porównaniu z wyjściowym.

W przypadku drugim, jak widać z wykresu Nr. 4, przebieg krzywej potasu jest bardzo podobny.

A zatem zachowanie się potasu pod wpływem promieni Roentgena jest bardzo charakterystyczne. W podanych powyżej przypadkach stwierdza się bardzo podobne 3 wzniesienia, z których środkowe jest najwyższe, wzniesienie zaś pierwsze i ostatnie jest nieco niższe; w każdym jednak razie daleko odbiegają one od liczb normalnych. Opisane wzrosty u obu psów odpowiadają sobie i czasem do pewnego stopnia. Nie występują one zaraz, bezpośrednio po ukończeniu naświetlań. Pierwszy wzrost daje się stwierdzić w 2—3 tyg. po zaprzestaniu naświetlań; dalsze wzniesienia odgraniczone są od siebie okresem czasu, wynoszącym 2—3 tyg. Wzrosty te są chwilowe, chociaż należy zaznaczyć, że w przerwach pomiędzy poszczególnemi wzniesieniami krzywa K przebiega na przeciętnie wyższym poziomie w porównaniu z cyframi wyjściowemi.

Mniej charakterystyczne było zachowanie się Na. Średnia jego wartość z okresu wstępnego, przed naświetlaniem, wynosiła u suki pierwszej 200.53 mg %, u psa drugiego 215.41 mg %. W przypadku pierwszym w tydzień po ukończeniu naświetlań zaznaczył się bardzo nieznaczny i krótkotrwały spadek Na, osiągający wartość 180.32 mg %. W niecałe trzy tygodnie potem występuje pierwszy nieznaczny wzrost (231.00 mg %) sodu we krwi. Po dalszych trzech dniach Na powraca do poziomu normalnego, poczem zaraz zaczyna się wznosić do wysokości 257.77 mg %. Wróciwszy następnie zaraz do normy, poziom sodu podwyższa się jeszcze raz do 235.92 mg %, poczem obniża się prawie do wartości wyjściowych.

Zachowanie się Na u psa II. było podobne. Na jego krzywej widzimy również 3 krótkotrwałe wzniesienia, po których sód wraca do cyfr wyjściowych z końcem naszych badań.

W wahaniach tego składnika pod wpływem promieni Roentgena stwierdziliśmy więc 3 wzniesienia, poprzedzane nieznacznym spadkiem, bezpośrednio po naświetlaniach. Wzniesienia te nie są wybitne i występują jako wahania bardzo krótkotrwałe.

Z powyższych badań wynikałoby, że naświetlania promieniami Roentgena wywołują zaburzenia przedewszystkiem w zakresie przemiany wapnia i potasu we krwi. Zmiany te, co jest charakterystyczne także dla stanu mineralnego krwi przy stosowaniu różnych źródeł energji promiennej, nie występują bezpośrednio po naświetlaniach, lecz dopiero po krótszym, lub dłuższym okresie czasu od ich ukończenia. Szczególnie późno, bo dopiero mniej więcej w 5 tygodni po zaprzestaniu naświetlań promieniami Roentgena występują zmiany w poziomie wapnia, a charakteryzują się dwoma wybitniejszemi wzniesieniami, oddzielonemi od siebie czasem 2½—3 tyg. Także w zakresie poziomu potasu stwierdza się pod wpływem promieni Roentgena 3 wybitne wzniesienia, występujące w czasie od 2—3 tyg. po ukończeniu naświetlań. Taki sam mniej więcej okres czasu oddziela poszczególne wzniesienia od siebie.

W znacznie mniejszym stopniu uwydatnił się wpływ promieni X w poziomie sodu. Wprawdzie także tutaj stwierdza się 3 wzrosty sodu, jednak w granicach tak małych, że tych nieznacznych wahań nie możemy odnieść wyłącznie do działania promieni Roentgena. Naświetlania temi promieniami pozostały również bez wyraźniejszego wpływu na przemianę fosforu. Wprawdzie w tydzień po naświetlaniach zaznaczył się w naszych przypadkach spadek P, to jednak tak nieznaczny i krótkotrwały, że nie może być brany pod uwagę.

Przy porównaniu zmian w poziomie oznaczanych przez nas składników mineralnych krwi pod wpływem promieni granicznych, oraz Roentgena stwierdza się dosyć wyraźne podobieństwo działania jednych i drugich na przemianę mineralną krwi.

Wpływ promieni granicznych uwydatnia się przedewszystkiem w przejściowych wahaniach Ca, K i Na; działanie promieni Roentgena skierowane jest mniej więcej w tym samym — z wyjątkiem sodu — kierunku. Tak pod wpływem promieni granicznych jak i Roentgena występuje w zakresie dwóch pierwszych składników (Ca i K) dążność do wzrostu. W zachowaniu się Na widzimy pewne różnice; gdy pod wpływem promieni granicznych sód okazuje dążność do spadku i utrzymywania się niżej liczb wyjściowych, to przy naświetlaniach promieniami Roentgena poziom sodu ulega nieznacznemu wzrostowi.

Zgodność działania promieni granicznych i Roentgena zaznaczyła się także w stosunku do fosforu, który przy obu sposobach naświetlań nie okazał wybitniejszych zaburzeń.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. L. ACHMATOWICZ i Dr. J. BORYSOWICZ. Wilno.

**Przyczynek do rozpoznawania i interwencji chirurgicznej w gruźliczakach mózgu.**

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego
(Kierownik: Prof. S. Władyczko)
oraz Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Rozpoznanie, umiejscowienie oraz radykalne usuwanie na drodze operacyjnej guzów niektórych okolic mózgu stoi obecnie już na dosyć wysokim poziomie, a zabiegi chirurgiczne osiągają efektowne rezultaty szczególnie w przypadkach wcześnie rozpoznanych.

Diagnostyka guzów mózgu wyszła już z okresu tylko teoretyczno-naukowego zainteresowania i ma obecnie już duże znaczenie praktyczne.

Częstość wypadków guzów mózgu traktowanych jako inne cierpienie np. padaczka, schorzenia kiłowe, miażdżycowe, uremiczne, zakażenie i t. d., są skutkiem nietyle niedokładnych badań, ile zbyt daleko i wąsko posuniętej specjalizacji i małego stosunkowo obeznania z neurologją a szczególnie jej działem o guzach układu nerwowego.

Według statystyki dra J. Perka[1]) w ciągu 10 ostatnich lat prof. Puusepp (Dorpat Estonja) operował 120 przypadków guzów mózgu. W Polsce mającej 30-krotnie liczniejsze zaludnienie a bardzo zbliżone warunki socjalne, przemysłowe i t. p. należałoby się spodziewać 30 krotnie większej liczby operowanych. Tymczasem ilość opisanych operacyj z powodu guzów mózgu za ten okres czasu jest niepomiernie mniejsza.

Dlatego ogłaszanie wypadków guzów mózgu choćby dla neurologa i banalnych pod względem rozpoznawczym uważamy za wskazane, gdyż podobni chorzy są często leczeni symptomatycznie przez lekarzy nie neurologów i tracą najlepszy okres dla zabiegu operacyjnego. Dowodów nie przytaczamy, nasuną się one podczas opisywania poszczególnych przypadków. Niektóre z nich powinny wzbudzić zainteresowanie i neurologów ze względu na objawy, ułatwiające rozpoznanie umiejscowienia, gdyż zostały potwierdzone przez zabieg chirurgiczny lub sekcje.

Jako pierwszy przypadek podamy badanego 25. X. 1932 r. chorego R. W. lat 22, ślusarza, u którego cierpienie rozpoczęło się w r. 1929 nudnościami, ślinotokiem, nocnemi bólami głowy, do których wkrótce dołączyły się rankami wymioty, a nieco później mimowolne kurcze prawego kąta ust.

Objawy te w ciągu 3—4 miesięcy stopniowo narastały, a później zanikały tak, że chory miesiąc czasu uważał się za zupełnie zdrowego.

Mniej więcej w 5 miesięcy od początkowych objawów nagle bez żadnych innych dolegliwości chory spostrzegł podczas pracy mimowolny kurcz prawej ręki, a w kilka minut później wystąpiła utrata przytomności z drgawkami, których chory ze zrozumiałych powodów opisać nie może, przypuszcza jednak, że ze względu na obustronne liczne okaleczenia nosiły one charakter ogólny. Wywiad rodzinny w tym kierunku nie daje również wyjaśnień.

Odtąd podobne napady powtarzają się coraz częściej, niekiedy do 2 razy tygodniowo, aż do pierwszego zgłoszenia się do Kliniki Neurologicznej w czerwcu 1931 r. Napady drgawek były zawsze poprzedzane bólami w prawej okolicy podżebrowej. W ciągu miesięcznego pobytu w Klinice chory nie miał napadów padaczkowych, ani też ich równoważników.

U chorego stwierdzono wówczas osłabienie siły mięśniowej po stronie prawej szczególnie w górnej kończynie, wzmożenie odruchów ścięgnistych na kończynach dolnych zwłaszcza po stronie lewej. O. Babińskiego i inne patologiczne nieobecne. Omijanie, astereognozja i adjadochokineza w prawej kończynie górnej. Oczopląs poziomy. Ze strony n. n. czaszkowych zmian nie dostrzeżono. O. Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Serce bez zmian szczególnych, w płucach nad obu szczytami a zwłaszcza prawym zaostrzenie szmeru oddechowego i przedłużenie wydechu. Rentgenoskopowo zaciemnienie prawego szczytu, kilka zwapniałych ognisk w lewej okolicy podobojczykowej. Powiększenie cieni wnękowych. T° niekiedy ponad 37°.

Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało zniekształcenie i pogłębienie *fossae hypophyseos;* wyrostki pochyłe k. klinowej *(pr. clinoidei)* niewyraźne.

Wypisany został z rozpoznaniem — guz mózgu prawdopodobnie gruźliczego pochodzenia (Dr. N. Baniewicz).

W miesiąc po wypisaniu się wystąpiły ponownie napady, które powtarzały się dość często w przeciągu 2 miesięcy, potem osłabły na prawie roczny przeciąg czasu; w okresie tym tylko raz przed 7 miesiącami wystąpił duży napad z utratą świadomości i ogólnemi drgawkami, poza tem miewał tylko kloniczne skurcze szczęki ze zwracaniem głowy w stronę prawą.

Podczas przebiegu cierpienia chory zauważył przed 1½ r., że ma trudność w mówieniu, nieco później wystąpił niepostrzeżenie, stopniowo niedowład najpierw górnej a potem i dolnej prawej kończyny, następnie zjawiły się w nich czuciowe sensacje (drętwienie) szczególnie w kończynie górnej.

Wywiad co do dziedziczności i przebytych cierpień nie przedstawia nic godnego uwagi, coby mogło mieć związek z obecnem cierpieniem.

*Status praesens:* chory średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany, miernie odżywiony, chód paretyczno-spastyczny z pociąganiem prawej kończyny dolnej i zbaczaniem w stronę prawą.

Mówi bardzo wolno, wymawiając niewyraźnie spółgłoski i niektóre sylaby. Afazji sensorycznej nie stwierdzono. Czytać chory może; pisać tylko lewą ręką, gdyż władanie prawą jest utrudnione. Zaburzeń przy przepisywaniu, dowolnem pisaniu lub pisaniu pod dyktando nie stwierdzono.

Stan psychiczny dostrzegalnych zmian nie wykazuje; chory mimo poważnego stanu cierpienia i jego dłuższego trwania jest stosunkowo dobrego usposobienia, zdaje sobie jednak sprawę z powagi cierpienia.

Mięśnie prawych kończyn wykazują niedowład spastyczny z przykurczami. Przykurcz najsilniej wyrażony w górnej kończynie, stan której jest zbliżony do całkowitego porażenia. Wyraźnych zaników mięśni nie dostrzega się. Siła mięśniowa mierzona dynamometrem wynosi: prawa ręka 75, lewa 115.

---

[1]) *De laboribus et studiis Clinicae Neurologicae Universitatis Tartuensis per decem annos (1921—1931) susceptis,* str. 69.

Ze strony nerwów czaszkowych stwierdzono niedowład prawego nerwu twarzowego o charakterze ośrodkowym. Źrenica lewa jest nieco szersza od prawej, obie na światło i nastawienie reagują żywo. Oczopląs poziomy w stronę lewą. Badanie dna oczu wykazało obustronną tarczę zastoinową, nieco wybitniej wyrażoną po stronie lewej.

Słuch zmian nie wykazuje. Smak wyraźnie upośledzony w prawej połowie języka. Język zbacza nieznacznie w stronę prawą i wykazuje lekki niepokój ruchowy. Ze strony węchu zmian nie znaleziono.

Odruchy ścięgniste na kończynach górnych i dolnych wzmożone wybitniej po stronie prawej, szczególnie w kończynie górnej. Stopo- i rzepkowstrząs nieobecne. O. Babińskiego i inne związane z uszkodzeniem dróg piramidowych pomimo wielokrotnego badania nigdy nie występowały.

Odruchy brzuszne żywe obustronnie, po stronie prawej nieco słabiej wyrażone. Odruch spojówkowy po stronie prawej zniesiony, rogówkowy prawy osłabiony, po stronie lewej odruchy te żywe.

Badanie czucia wykazuje znaczne jego obniżenie po stronie prawej ciała: na ból, dotyk i bodźce cieplne. Zdolność rozróżniania nasileń bodźców dotykowych, bólowych i termicznych dobra. Postrzeganie przestrzenne, zdolność rozpoznawania właściwości przedmiotów oraz czucie bryłowatości (o cechach zaburzenia identyfikacji dotykowej pierwotnej) wybitnie upośledzone. Przy opukiwaniu czaszki miejscowej bolesności nigdzie nie stwierdzono.

Przy zamkniętych oczach skłonność do padania wtył i omijanie w prawo porażoną kończyną przy próbie nosowo-palcowej.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało zmian godnych omawiania z wyjątkiem płuc, w których nad szczytami, a zwłaszcza prawym oraz wnękami wdech — zaostrzony, wydech — wydłużony, poza tem żadnych patologicznych szmerów nie stwierdzono.

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało zaciemnienie prawego pola szczytowego i wzmożenie cieni wnękowych. Ruch przepony prawidłowy.

Badania laboratoryjne (mocz, o. B. W. we krwi i płynie, badanie cytologiczne krwi) odchyleń od normy nie wykazały.

Płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny, przeźroczysty, wyciekał pod ciśnieniem równem 40 $cm^3$ słupa wody w pozycji siedzącej.

Zawartość białka — 0,22%. O. Pandy'ego — dodatni. O. Nonne Apelta — ujemny. Elementów komorkowych 35/5 w 1 $mm^3$ (przewaga limfocytów).

Zdjęcie rentgenowskie czaszki według orzeczenia rentgenologa przytaczam *in extenso:* „Znaczne powiększenie, spłaszczenie i zatarcie zarysów siodełka. Podstawa dołu środkowego przesunięta ku dołowi. W okolicy dołu środkowego czaszki zaznacza się duży, owalny cień o zarysach dość ostrych. Wzmożenie wgłębień palczastych i łęg mózgowych. Wynik: — *tumor cerebri*". Poza tem zdjęcie rentgenowskie wykazuje, że zatoka czołowa lewa jest wybitnie mniejsza od prawej.

Rozważając powstanie cierpienia i jego typowy rozwój dla guza mózgu, tylko na podstawie objawów klinicznych z pominięciem badań pomocniczych, nasuwa się przypuszczenie istnienia guza mózgu umiejscowionego w przednim i tylnym zawoju środkowym po stronie lewej.

Z objawów miejscowych niektóre, pomijając typowe, zasługują na podkreślenie jak ślinotok obserwowany również przez Oppenheima przy guzach przedniego zawoju środkowego, brak objawu Babińskiego i jemu podobnych przy wyraźnym udziale w procesie dróg piramidowych: podobne wypadki opisują często inni autorowie. Mniejsze zatoki czołowe, na zdjęciu rentgenowskiem, po stronie guza objaw podkreślany przez Puuseppa i często obserwowany w naszej Klinice. Wreszcie rozszerzenie źrenicy po stronie guza, objaw często podawany pomiędzy innemi przy guzach płatów czołowych bez specjalnego zwracania nań uwagi. Objaw ten kilkakrotnie obserwowaliśmy — być może i on należy do zespołu objawów występujących przy zajęciu płatów czołowych.

W diagnostyce różniczkowej były brane pod uwagę stany zapalne mózgu, padaczka samoistna, powikłana podczas napadu wylewem krwawym do lewej półkuli i wreszcie stwardnienie rozsiane. Mając na względzie zasadę, iż w rozpoznaniu guza mózgu jak i w jego umiejscowieniu na pierwszym planie winny stać objawy kliniczne i kolejność ich powstawania, pomijając rentgenologiczne umiejscowienie, rozpoznano guz mózgu w okolicy lewego płatu czołowego i ciemieniowego rozwijający się w korze substancji mózgowej.

Co do charakteru guza mogły być naturalnie jedynie przypuszczenia. Częstość glejaków, powolne, okresowe rozwijanie się objawów klinicznych, umiejscowienie guza w półkuli mózgowej przemawiały za glejakiem. Brak temperatury, dobry ogólny stan chorego mimo dłuższego okresu trwania cierpienia, brak pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz brak objawów oponowych przemawiały przeciwko guzom charakteru zapalnego lub innym sprawom zapalnym.

Ponieważ objawy kliniczne wskazywały na daleko posunięte zmiany anatomiczne mózgu i grożącą utratę wzroku, zalecono choremu poddać się niezwłocznie zabiegowi radykalnemu.

Chory po 5 dniowym pobycie w Klinice został przeprowadzony na oddział chirurgiczny Szpitala Św. Jakóba. Napadów padaczkowych lub ich równoważników pacjent, podczas krótkiego przebywania w Klinice, nie miał. Wkrótce po przeprowadzeniu chorego dokonana została operacja przez L. Achmatowicza.

Operacja w znieczuleniu miejscowem + morfina podskórnie. Wobec tego, że kliniczne objawy kazały przypuszczać istnienie guza dużych rozmiarów, zrobiono też duże cięcie biegnące łukowato od środka lewego łuku jarzmowego na wysokości linji poziomej górnej ku górze i tyłowi do szczytu *fissurae Rolandi* i dalej ku tyłowi i dołowi do tylnego brzegu łuski kości skroniowej. W czasie oddzielania okostnej choremu dodano kilka kropel eteru. Po oddzieleniu okostnej dokonano ręcznym trepanem 6 otworów kostnych, które połączono ze sobą. Po odchyleniu wytworzonego w ten sposób płatu skórno-mięśniowo-kostnego uwidoczniła się napięta, wypierana nazewnątrz opona twarda, na której w odcinku środkowym, odpowiadającym *gyrus prae-* i *post-centralis* zaznaczyło się pewnego rodzaju nieduże wgłębienie. W celu zmniejszenia napięcia dokonano nakłucia bocznej komory zapomocą cienkiej igły.

Po podwiązaniu przednich gałązek tętnicy oponowej średniej, nacięto oponę twardą równolegle do cięcia kostnego w odległości 1 cm i odchylono ją nazewnątrz, przyczem okazało się, że opona ponad zwojami środkowemi na przestrzeni 3—4 cm jest spojona z korą mózgową zapomocą luźnych zrostów, które zostały nacięte nożem. Odsłonięty mózg wykazywał spłaszczenie bróżd i zawojów, a w części środkowej *gyrus prae-* i *postcentralis* uwidocznił się guz koloru szaro-różowego, wielkości jabłka, zbitej konsystencji o granicach niewyraźnych. Dookoła nowotworu ukrwienie wzmożone, naczynia znacznie rozszerzone, podwiązano je tuż w pobliżu guza, następnie nacięto tkankę mózgową w bezpośredniem sąsiedztwie nowotworu i zapomocą palca wydzielono go.



Nowotwór o wymiarach 7 × 6 × 3 cm, wagi 53 g (patrz fotografja) twardej konsystencji, leżał swą dłuższą osią równolegle do *fiss. Rolandi,* wychodził z kory i głębszych warstw mózgu.

Po wyjęciu guza z wytworzonej, dużej jamy wystąpił silny krwotok i wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Jama powyższa została natychmiast wypełniona gazą w celu zatamowania krwawienia. Po kilku minutach usunięto gazę i podwiązano dwa większe krwawiące naczynia. Następnie zaszyto szczelnie na głucho oponę twardą, dokonano repozycji płatu skórno-mięśniowo-kostnego, nałożono szwy skórne i uciskający opatrunek.

Po zabiegu chory przytomny, rusza dowolnie prawą kończyną dolną; w górnej kończynie ruchów brak, chory nie mówi, lecz dobrze rozumie. Tętno słabo napięte, regularne, przyśpieszone do 120 uderzeń na minutę. W dwie godziny po zabiegu zjawiły się minimalne ruchy w górnej kończynie prawej, po 4 godzinach chory rozpoczyna mówić. Wieczorem ciepłota 38,5°, opatrunek obficie przemókł.

Następnego dnia tętno 98', wygląd dobry, mocz oddaje, ma łaknienie. Kończyną górną i dolną prawą rusza lepiej niż przed zabiegiem oraz wykonuje wszelkie polecane ruchy palcami, powieki zamyka i otwiera swobodnie, prawy kąt ust porusza słabo, mówi wyraźniej, skarży się na ból w miejscu rany operacyjnej.

Z dalszego okresu pooperacyjnego należy nadmienić, iż przy pierwszej zmianie opatrunku, na trzeci dzień, z tylnego dolnego brzegu rany wyciekał strumieniem płyn mózgowo-rdzeniowy różowo zabarwiony. Po nałożeniu opatrunku uciskowego wystąpił znaczny obrzęk najpierw prawej połowy a później całej twarzy. Następnego dnia obrzęk rozpoczął cofać się a samopoczucie chorego i poprawa ogólnego stanu szybko postępowały naprzód. Na 9 dzień zdjęto szwy, rana operacyjna zagoiła się *per primam intent.* W pierwszych dniach pooperacyjnych stosowano hipertoniczne roztwory glukalcyny i soli kuchennej dożylnie.

W dwa tygodnie po zabiegu choremu pozwolono wstawać. W tym czasie pacjent nie ma skarg subjektywnych a objektywne badanie wykazało: chód przy otwartych oczach widocznych zaburzeń nie wykazuje, przy zamkniętych zbacza w stronę prawą. Przy staniu z zamkniętemi oczyma — skłonność do padania ku tyłowi jak przed zabiegiem operacyjnym. Mowa uległa wybitnej poprawie. Samopoczucie lepsze niż przed zabiegiem.

Przykurcze i napięcie mięśni w kończynach prawych ustąpiły. Siła mięśniowa rąk wzrosła: mierzona dynamometrem wynosi w prawej ręce 85, w lewej 110.

Odruchy ścięgniste wybitnie wzmożone, w kończynie górnej prawej silniej zaznaczone; na kończynach dolnych jednakowe. Stopo- i rzepkowstrząs nieobecne. O. Babińskiego i inne nieobecne jak poprzednio.

Odruchy brzuszne żywe, jednakowe obustronnie; spojówkowy prawy osłabiony.

Czucie powierzchowne (dotykowe, bólowe, termiczne) z wyjątkiem prawej kończyny górnej i prawej połowy twarzy wykazuje tylko ledwo dostrzegalne obniżenie; na kończynie górnej prawej i prawej połowie twarzy wykazuje ono znaczny stopień obniżenia, mniejszy jednak niż przed zabiegiem operacyjnym, poza tem inne zmiany czucia jak poprzednio.

Ze strony nn. czaszkowych niedowład prawego n. twarzowego uległ wybitnej poprawie. Źrenice jak poprzednio — lewa szersza od prawej. Badanie dna oczu wykazało — całkowite cofnięcie się tarczy zastoinowej. Oczopląs poziomy pozostał w tym samym stopniu co i przed zabiegiem. Smak w porównaniu do poprzedniego badania — bez zmian. Język mniej odchyla się w stronę prawą. Omijanie porażoną kończyną górną w prawo jak przed zabiegiem.

Chory nadal znajduje się w obserwacji i wykazuje dalsze postępowanie poprawy. Obecnie 27. II. 1933 wszystkie objawy, które dostrzegaliśmy całkowicie ustąpiły i chory czuje się zupełnie zdrowym.

Badanie histologiczne guza w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. wykazało, że jest to *tuberculoma cerebri.*

Wypadek zasługuje na uwagę ze względu na wynik zabiegu chirurgicznego; mimo dużych rozmiarów i charakteru guza oraz daleko posuniętych objawów klinicznych, chory uzyskał całkowitą zdolność do pracy.

Przy gruźliczakach mózgu u chorych najczęściej stwierdzamy zmiany gruźlicze w innych narządach. Objawy ogólne i miejscowe guza mózgu są poprzedzane dłuższym okresem przygotowawczym, cechującym się upadkiem odżywienia i ogólnem osłabieniem. Okres ten jest zwykle dłuższy niż przy rzeczywistych guzach mózgu. Poza tem stan podgorączkowy, czasem wysokie wzniesienie ciepłoty, skłonność do okresowej poprawy ogólnego stanu lub poszczególnych objawów przemawiają za gruźliczakiem. Przy rozważaniu trzeba mieć na uwadze wiek chorego, gdyż u dzieci w połowie wypadków guzy mózgu są gruźliczego charakteru. Pomimo możliwości samowyleczenia, większość autorów, przy objawach guza mózgu, dobrze umiejscowionego, zaleca zabieg radykalny, choćby charakter gruźliczy guza był pewny. Dają się one często bardzo łatwo wyłuszczać, krwawienie przytem bywa zazwyczaj małe, wskutek niedużej ilości drożnych naczyń w otoczeniu guza.

Wartość zabiegu operacyjnego pomniejsza się występującem często po zabiegu, gruźliczem zapaleniem opon, gdyż zakażenie tkanki mózgowej przy guzach gruźliczych nie ogranicza się tylko do okolicy zajętej przez gruźliczaka. Poza tem trzeba pamiętać, iż gruźlicze guzy mózgu w $^{1}/_{2}$ przypadków występują jako mnogie. W wypadkach, gdzie zabieg radykalny, z jakichbądź powodów jest niemożliwy, uciekamy się do zabiegów odbarczających. Orzechowski obserwował po odbarczeniu gwałtowniejszy rozrost guzów gruźliczych.

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Medycyna Praktyczna.* Nr. 3. 1933. M. Stabrowski: Kliniczne uwagi nad działaniem Phosphitu u dzieci. — J. Śniegowski: Kiła wrodzona u trojga rodzeństwa.

*Warszawskie Czasopismo Lekarskie.* Nr. 16. 1933. J. Merenlender: O bizmutowym zatorze tętniczym. — M. Płoński: O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi.

---

## OCENY.

*Der Preventivverkehr in der medizinischen Lehre und ärztlichen Praxis. (Zapobieganie ciąży w nauce i praktyce lekarskiej).* M. MARCUSE. Wydawn. Ferd. Enke — Stuttgart. Cena broszur. 9 GM.

Opierając się na stosunkowo długoletniem, własnem doświadczeniu oraz na piśmiennictwie, przeważnie niemieckiem, autor omawia aktualny obecnie problem zapobiegania ciąży tak z punktu widzenia naukowego, jak i praktycznego.,

Monografija ta jest drugiem, ulepszonem wydaniem dzieła tegoż autora p. t. *Der eheliche Preventivverkehr.* Zawiera 6 rysunków, oraz liczne cytaty różnych autorów, którzy wogóle w tej kwestji głos zabierali.

Na całość składa się 13 rozdziałów p. t. Chęć płodzenia a popęd płciowy, racjonalizacja życia płciowego i nowoczesna moralność seksualna, konstytucyjne podłoże dla stosunków zapobiegawczych u mężczyzn i kobiet, stosunki zapobiegawcze w małżeństwie, stosunki zapobiegawcze a spadek ilości narodzin, patologja stosunków zapobiegawczych, stosunki zapobiegawcze a niepłodność, a eugenika, technika stosunków zapobiegawczych — metody i środki, stanowisko lekarza do stosunków zapobiegawczych, wskazania, instytucje społeczne dla porad zapobiegawczych, problem zapobiegania ciąży ze stanowiska lekarsko-prawniczego.

Autor zwalcza twierdzenie przeciwników zapobiegania ciąży, w myśl których fakt wyłączenia zapłodnienia w czasie stosunków płciowych jest sprzeczny z prawami natury, wynikły tylko z kulturalnego zwyrodnienia nowoczesnego życia. Dowodzi on, że logiczny błąd takiego rozumowania tej grupy ludzi polega na zespoleniu ze sobą w jedną nierozerwalną całość dwóch zasadniczo różnych pojęć, to jest popędu płciowego i chęci płodzenia. Celem popędu płciowego jest wywołanie tylko uczucia rozkoszy a nie płodzenie. Płodzenie jako popęd wogóle nie istnieje, jest ono tylko następstwem, niejako efektem końcowym popędu płciowego. W rozwoju kultury człowieka zaznacza się pewna dążność do zwalczania w miarę możności naturalnych celów zjawisk przyrodniczych. Przerywanie jakiegoś naturalnego zjawiska nie może być uważane za niemoralne, sprzeczne z prawami przyrody, gdyż w ten sposób rozumując nie powinniśmy sobie np. włosów strzyc, jak słusznie podnosi F. Lenz.

W ostatnich czasach jako wyraz racjonalizacji życia wogóle, doszło do racjonalizacji życia płciowego, przyczem charakterystyczne jest, że racjonalizacja ta wyszła właściwie z warstwy społecznie i gospodarczo wysoko postawionej, skąd powoli dopiero zaczęła przenikać do warstw niższych, biednych, wśród których coraz bardziej wzrastała nędza. Przyczyną tej nędzy to za duża, nierozsądna płodność. (Na ten to przyczynowy związek między coraz większem zubożeniem ludności warstwy niższej a ich dużą płodnością w następstwie nieużywania środków zapobiegawczych — po raz pierwszy zwraca uwagę w roku 1798 w Anglji ks. T. R. Malthus a według Theihabera w Niemczech w r. 1782 lekarz K. A. Weinhold. Malthusa *„moral restraint"* a Weinholda *„infibulation"* to początek propagandy środków zapobiegawczych).

W związku z tą racjonalizacją życia płciowego zmieniła się gruntownie i cała moralność seksualna. Stosunki płciowe przy użyciu środków zapobiegawczych są dzisiaj regułą. Złożyło się na to nietylko obawa przed bólami i niebezpieczeństwami porodu, obawa przed nowemi ciężarami po porodzie względnie przed utratą wdzięków kobiecych ale też i pewna konstytucyjna mniejszo-wartościowość tych osobników, jak to się często obserwuje u osobników infantylnych, interseksualnych, których w czasach powojennych coraz więcej się spotyka. Według autora u schizotymików pragnienie dziecka jest znacznie mniejsze i niewyraźniejsze niż u cyklotymików.

Używanie środków zapobiegawczych w czasie stosunków płciowych pozamałżeńskich jest całkiem zrozumiałe, dziwne wydaje się ono tylko w małżeństwie i jest pozornie nawet sprzeczne w myśl prawa kościelnego i świeckiego z istotą i celami małżeństwa. Tak jednak nie jest. Dziś każde małżeństwo o całkiem normalnej potencji płciowej skazane jest na regulację porodów. Składają się na to niewątpliwie w dużej mierze obecne stosunki gospodarcze i społeczne, ale też i pewnego rodzaju psychicznoendogenna przemiana człowieka w kwestji seksualnej. Obok bowiem zrozumiałego ograniczenia porodów w klasie uboższej, obserwuje się też często zupełną niechęć do płodzenia u ludzi, przeważnie intelektualnie wysoko postawionych a finansowo niezależnych, u których niepłodność jest zasadą, wynikłą z rozważań etycznych i logicznych. Naogół rodzice ograniczają liczbę potomstwa ze względów czysto indywidualnie-egoistycznych a dopiero na drugim planie stoi troska o lepszą przyszłość dla swych dzieci. Na same związki małżeńskie stosunki prewencyjne wywierają wpływ ujemny, przeważnie nawet zgubny, powodując często ich rozbicie.

Zgodnie z duchem czasu, środki zapobiegawcze bardzo się szybko rozpowszechniły i stały się w dużej mierze przyczyną spadku ilości narodzin. Trudno tu natomiast określić, w jakim stosunku do siebie stoją: środki zapobiegawcze, spędzenie płodu i fizjologiczna bezpłodność.

Na organizm ludzki stosunki przy użyciu środków zapobiegawczych wywierają ujemny wpływ już jako akt sam dla siebie a oprócz tego, zależnie od każdorazowej metody i używanych środków. Powodują one zaburzenia czynnościowe, najczęściej pod postacią najrozmaitszych psychoneuroz, z których z biegiem czasu rozwinąć się mogą ciężkie postacie histerji i chorób umysłowych, jak i zmiany anatomiczne w następstwie zastoju krwi i limfy w narządzie moczowo-płciowym. U kobiet prócz tego powstają schorzenia, spowodowane uszkodzeniem narządu rodnego środkami tak mechanicznemi jak i chemicznemi. Najbardziej niebezpieczne pod tym względem są środki, wprowadzone do wnętrza macicy *(silkworm)*.

Te to zmiany anatomiczne dostatecznie tłumaczą, często u kobiet występującą po stosowaniu środków zapobiegawczych niepłodność. Może ona jednak powstać bez jakichkolwiek zmian organicznych w narządzie rodnym, zwłaszcza po *abusus coeundi*, u kobiet z powodu wytworzenia się pewnych specyficznych przeciwciał (humoralna czyli biologiczna niepłodność) o działaniu, skierowanem przeciwko plemnikom lub też w następstwie braku *orgasmus* na tle czysto psychicznem, u mężczyzn wskutek *„aspermatismus functionalis"* (Fürbringer) względnie *„orgasmus sine ejaculatione"* (Marcuse), jak i zpowodu zaburzeń spermjogenezy w jądrach.

Środki zapobiegawcze mogłyby w rzeczy samej mieć duże znaczenie eugeniczne. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Środki zapobiegawcze stosowane są głównie z przyczyn gospodarczych i socjalnych a nie higjenicznych i eugenicznych. Stwierdzamy bowiem dotychczas wciąż jeszcze bezmyślne, nadmierne płodzenie w warstwach niższych a ograniczenie płodności tylko wśród inteligencji. Z natury rzeczy wynika stąd spadek intelektualistów i nieproporcjonalny wzrost osobników, społecznie mało-wartościowych. Naprawić te stosunki mogłoby tylko państwo i odpowiednia propaganda.

Stosunki zapobiegawcze predysponują do powstawania płci męskiej a w następstwie tak ilościowego jak i jakościowego uszkodzenia plemników, przyczyniają się do wytworzenia uszkodzeń pod postacią zboczeń rozwojowych i defektów konstytucyjnych.

Autor rozróżnia naturalne i sztuczne metody zapobiegające ciąży. Wśród naturalnych wymienia abstynencję zupełną i czasową w myśl kalendarza Knausa, okres laktacji i zapobieganie ciąży przez dobieranie różnych pozycyj w czasie stosunków płciowych. Sztuczne metody obejmują środki chemiczne (kwasy organiczne, jady białkowe, specjalne substancje, jak chinina, woda destylowana) i mechaniczne (płókania, prezerwatywy, krążki pochwowe, kapturki, tampony i gąbki). Osobną grupę stanowią sposoby, mające na celu wyjaławianie tak mężczyzn jak i kobiet czyto drogą operacyjną czy zapomocą energji promiennej (Roentgen, rad) czy też hormonalnie.

Środków, stosowanych domacicznie autor szczegółowiej nie omawia, gdyż ze względu na zawierające w sobie niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjentki, powinny one być zupełnie wyrugowane z praktyki.

Wśród lekarzy do dzisiaj jeszcze jest dużo przeciwników zapobiegania ciąży. Stanowisko ich uważa autor za niesłuszne. Mimo to jednak daleki jest od chęci narzucenia swego zapatrywania wszystkim innym, podkreśla natomiast zgodnie z Sellheimem i Fraenklem, że w takich wypadkach rozstrzygać powinna wolna wola tak pacjentki jak i lekarza. Jest to kwestja indywidualnego zapatrywania. Lekarz, który ze względów religijnych, etycznych czy politycznych, nie chce zadośćuczynić słusznym żądaniom pacjentki, powinien bez oburzenia pacjentkę odesłać do innego lekarza. Lekarz, postępujący inaczej, przyczyni się jedynie do pogorszenia i tak już dużego kryzysu zaufania w stosunku pacjenta do lekarza, a zmuszając pacjentki do szukania porad i pomocy u osób do tego niepowołanych, pośrednio popiera partactwo lecznicze.

Wskazania do zapobiegania ciąży są te same, co wskazania do przerywania ciąży a więc lekarskie, socjalne i eugeniczne. Wskazania socjalne praktycznie trudno oddzielić od wskazań lekarskich. Według Goldberga między wskazaniami lekarskiemi (chory człowiek i zdrowe otoczenie) a wskazaniami socjalnemi (zdrowy człowiek i chore otoczenie) istnieje cały szereg form przejściowych. Lekarza powinny obowiązywać wszystkie wskazania.

Doniosłe znaczenie problemu zapobiegania ciąży społeczeństwo doskonale rozumie. W Ameryce, Anglji, Niemczech powstały poradnie, których celem jest nietylko pouczenie pacjentek co do sposobów zapobiegawczych ciąży, ale powinny one też niezamożnym bezpłatnie rozdawać środki zapobiegające.

Z punktu widzenia prawniczego propagowanie i reklamowanie środków zapobiegawczych jest zasadniczo niedozwolone. Wyjątek stanowią tu tylko te środki, które zarazem służą do ochrony przed chorobami wenerycznemi.

Praca jest godna polecenia nietylko specjalistom-ginekologom ale też i ogółowi lekarzy praktyków. Jest w niej zebrane i trafnie opracowane niezwykle cenne doświadczenie praktyczne i naukowe autora. W czasie czytania uderza głęboka troska autora o los szukających porad lekarskich kobiet i gorąca chęć śpieszenia im z pomocą z przyczyn czysto altruistycznych.

*L. Gerhardt* (Lwów).

*La Gastrophotographie. (Fotografowanie żołądka).* PIERRE BERNAY. Z przedmową Prof. Dra G a r i n'a. Str. 105 z 24 tablicami. Wydawnictwo Masson i Ski w Paryżu. r. 1931. Cena 50 fr. fr.

Prof. Garin bawiąc z początkiem 1930 r. we Wiedniu zapoznał się na Klinice Wenckebacha z przyrządem, skonstruowanym przez Heilperna, Porgesa i Backa, służącym do fotografowania wnętrza żołądka [1]). Zachwycony tą metodą zakupił ten przyrząd dla szpitala l'Hôtel-Dieu w Lyonie, wprowadzając pierwszy tę metodę we Francji. Pracował tym przyrządem autor tej książki Dr. Bernay. Po krótkim szkicu historycznym następuje opis szczegółowy przyrządu. W osobnym rozdziale omawia autor technikę gastrofotografji oraz powikłania, które mogą powstać przy stosowaniu tej metody (synkope, krwawe wymioty, przebicie wrzodu), jednak należą one do rzadkości. Następują dalej uwagi co do obchodzenia się z filmami.

W drugiej części książki autor zajmuje się opisem prawidłowego żołądka na podstawie zdjęć fotograficznych poszczególnych części żołądka (krzywizna mała, fałdy, krzywizna wielka, wpust, odźwiernik). Zwraca uwagę na różnice w postaci i wymiarze żołądka oraz szkicuje porównawczo stosunek gastrofotografji do radjologji i gastroskopji.

W trzeciej części opisuje żołądek patologiczny. Przy wrzodzie żołądka istnieje zawsze i nieżyt. Odróżnia dwa typy raka: *„cancer végétant"* i *„cancer infiltrant"*. Pierwszy buja do światła żołądka, drugi wgłąb, tworząc nacieki twarde *(scirrhus)*. Typ pierwszy rozpoznaje się na zdjęciach łatwo, błona śluzowa nie wykazuje w przypadkach tego typu objawów zapalnych. Rozpoznawanie typu drugiego jest trudniejsze, również jak i raka odźwiernika. Na znaczne trudności napotyka rozpoznawanie wrzodów rakowych. Autor każdy wrzód, który przekracza 2 cm uważa za rakowy. Oprócz tego wrzód rakowy wykazuje postacie wegetatywne. Żołądek rakowy wykazuje naogół mniej lub więcej wyraźne objawy zapalne. Nie są one jednak zawsze obecne. Autor opisuje przypadek nowotworowego zwężenia odźwiernika u chorego, liczącego 52 lat, u którego pomimo bardzo znacznego zwężenia, fotogram nie wykazywał zmian nieżytowych błony śluzowej. W rozdziale o nieżycie żołądka autor zaznacza, że rozpoznanie nieżytu na fotogramie opiera: a) na wzmożonej ilości śluzu, b) na wybroczynach krwawych śluzówki, c) na przeroście lub zaniku fałdów. Przedstawia fotogramy w *„gastrites à mucus"*, *„hémorragiques"*, *„hypertrophiques"* i *„atrophiques"*. Uwzględnia również przypadki pooperacyjne *(gastroenteroanastomosis, gastrectomia)*, dołączając tablice zdjęć żołądka po przebytym zabiegu chirurgicznym.

Autor uważa tę nową metodę za bardzo prostą, bezpieczną, pozwalającą otrzymywać wyraźne stereoskopowe obrazy wnętrza żołądka. Książkę zamyka XXIV tablic z 94 zdjęciami. Wśród tych

[1]) Metodę tę opisali w P. G. L. (Z. 18. 1931 r.) Ungar, oraz Heilpern i Tochowicz.

zdjęć znajdujemy szereg zdjęć Porgesa i Heilperna z Wiednia (14) oraz Prof. Tempki z Krakowa (wrzód przebijający do trzustki, nierozpoznany rentgenologicznie, 3 zdjęcia *gastritis haemorrhagica* (rozpoznanie: *achylia* i *anaemia perniciosa)*. Tablice wydane wprost luksusowo na grubym kartonie są bardzo wyraźne. Szereg zdjęć jest mało udanych i gdyby nie opis, nie możnaby określić co przedstawiają.

Sądzę, że zbyt wcześnie autor książkę tę wydał, tem bardziej, że nie obfituje ona w zdjęcia, któreby były zrozumiałe nawet dla nieznającego tej metody. Najlepsze są zdjęcia wiedeńskie Porgesa i Heilperna oraz Tempki. Również zbyt mało doświadczenia posiada autor, by mógł coś nowego wnieść do tej metody. Naogół książka ta posiada charakter informacyjny, ograniczający się do opisu aparatu i skreśleniu najważniejszych cech rozpoznawczych tej metody.

Narazie gastrofotografja jest metodą, wykazującą tyle braków (przedewszystkiem trudność w odczytywaniu fotogramów), że musi być wpierw szczegółowo i dokładnie opracowaną przez Kliniki i szpitale, zanim, jako dojrzała, nowa metoda rozpoznawcza, znajdzie się w rękach lekarza-praktyka. W badaniach dotychczasowych narazie dwunastnica jest zupełnie wykluczona, odźwiernik i wpust niezawsze dają się uchwycić na zdjęciach. Oczekiwać należy, że rozleglejsze doświadczenia rozszerzą wartości rozpoznawcze gastrofotografji. Udoskonalenie metody zmniejszy w znacznym stopniu szereg błędów i niejasności, popełnianych z powodu braku należytego doświadczenia. Gastrofotografja mało narazie rozbudowana będzie bezwzględnie w bliskiej przyszłości najbardziej cenną metodą rozpoznawczą. *Ungar* (Lwów).

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

*Sprawozdanie z XLI. Zjazdu Chirurgów francuskich.* Paris Chirurgical Nr. 6. 1932.

L e n o r m a n t omawiał *zabiegi chirurgiczne przy przewlekłem zapaleniu osierdzia* z zarośnięciem jamy osierdziowej. Zbiera 112 przypadków. Usiłowania chirurgów szły w kierunku a) zniesienia oporu ze strony sztywnych ścian klatki piersiowej przez wycięcie żeber i chrząstek żebrowych od 3—6, względnie także części mostka; b) uwolnienia samego serca przez wycięcie zrostów (Delorme), lub wycięcie osierdzia częściowe a nawet zupełne (V o l h a r d-S c h m i e d e n), które technicznie ograniczało się najczęściej do okolicy komory lewej, częściowo i prawej, której ściana jest cieńsza i bardziej krucha a także gorzej dostępna. Zabiegi ze względu na stan chorych są bardzo ciężkie, ostatni technicznie trudny. Śmiertelność pooperacyjna waha się około 25%, niemniej w pewnej ilości wypadków udało się otrzymać trwałe polepszenie, a nawet ustąpienie objawów w czasie kilkuletniej obserwacji. W ostatnich czasach wprowadzono wyrwanie lewego nerwu przeponowego przy zrostach osierdzia z przeponą. Zabieg ten chorzy znoszą łatwo, obserwacje są jeszcze zbyt krótkie i skąpe, by można je krytycznie ocenić.

L e r i c h e przedłożył wyniki swoich i F o n t a i n a prac doświadczalnych nad patologją serca i naczyń wieńcowych i omówił zabiegi chirurgiczne stosowane przy *dusznicy bolesnej:* 1) czasową ulgę przynosi nastrzykanie nowokainą lub alkoholem okolicy zwoju gwiaździstego na szyi; 2) trwałe wyniki można otrzymać przez wycięcie mniej lub bardziej rozległe splotu współczulnego na szyi (D a n i e l o p o l u, J o n n e s c o) lub wycięcie zwoju gwiaździstego jedno lub obustronne (L e r i c h e). Na 82 operowanych przypadków, 11 pochodzi z kliniki L e r i c h e'a: poza 3 przyp. bez wyniku, reszta poprawiła się, z tego 3 uważa za wyleczone na podstawie obserwacji przez 3—7 lat; najlepsze wyniki otrzymywał w wypadkach małych zmian anatomicznych z wybitnemi zaburzeniami naczynioruchowemi w zakresie naczyń wieńcowych. *K. Czyżewski* (Lwów).

*Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc.* TROUT. Surg., Gyn. a. Obst. LV/5. 1932.

Autor omawia chirurgiczne sposoby leczenia gruźlicy płuc i podaje następujące uwagi: 33% chorych po torakoplastyce czuje się dobrze przez 5 lat po zabiegu. Na pewno część ich byłaby zmarła w ciągu kilku miesięcy, gdyby nie wykonano zabiegu. Drugie 33% wykazuje poprawę stanu chorobowego. Śmiertelność pooperacyjna waha się w granicach od 2 do 8% przy wprawnej technice operacyjnej, dochodzi jednak do 30% przy mniejszem doświadczeniu. Torakoplastykę zawsze powinno poprzedzać wyrwanie nerwu przeponowego. Sam zabieg należy wykonać w kilku posiedzeniach, przyczem liczba posiedzeń i odstęp zależy od ogólnego stanu chorego.

Wielu chirurgów po wyrwaniu nerwu przeponowego wycina w jednem posiedzeniu tylko górne żebra, uzyskując tak znaczną poprawę stanu chorobowego, że wycięcie dolnych żeber staje się zbyteczne. Większość chirurgów woli torakoplastykę przykręgową, jednak zachodzi nieraz potrzeba wycięcia żeber przymostkowych, jako uzupełnienie poprzedniego zabiegu. W razie obecności gruźliczego płynu w jamie opłucnowej, autor stosuje chemiczne jałowienie jamy, a dopiero jeśli to nie pomaga, przystępuje do torakoplastyki. Autor przenosi znieczulenie miejscowe z ewentualnym dodatkiem uśpienia (nie eterowego) ogólnego, unika natomiast stosowania awertyny przez odbytnicę, ponieważ kilkugodzinny sen pooperacyjny przeszkadza odkrztuszaniu. *Janik* (Iwonicz).

*Technika jednoczasowego wycięcia płatu płucnego.* BRUN. Surg., Gyn. a. Obst. LV/5, 1932.

Cięcie między 7-mym a 8-mym wzgl. 6 a 7 żebrem od chrząstek do kątów żebrowych, powolne otwarcie jamy opłucnowej, celem stopniowego zapadnięcia się płuca. Rozwarcie żeber wystarcza tylko u bardzo młodych osobników, poza tem konieczne jest przecięcie 1 do 2 żeber u góry, rzadziej u dołu. Szypułę autor ujmuje w kątowe kleszcze Wertheima, ostatnio zaś używa do tego celu drenu gumowego, który wywiera lepszy ucisk na naczynia szypuły i jest bardziej elastyczny. Oskrzela przecina głębiej niż naczynia, błonę śluzową przepala. Naczynia zwalnia i podwiązuje pojedyńczo. Przed zakończeniem zabiegu następuje dokładne przejrzenie, czy krwawienie jest usunięte i czy światło oskrzeli nie wystaje do jamy opłucnowej. Autor zostawia w ścianie klatki piersiowej, tuż poniżej rany cienki sączek gumowy. W pierwszych dniach po zabiegu, wydziela się przez sączek dość wiele płynu krwawo-surowiczego, poczem szybko się zmniejsza i znika. Autor nie miał ani jednego przypadku przetoki oskrzelowej, zdaje się dzięki temu, że nie używa tamponów z gazy. *Janik* (Iwonicz).

*Anatomja chirur. t. zw. nerwu przedkrzyżowego.* ELAUT. Surg., Gyn. a. Obst. LV/5, 1932.

Badania przeprowadzone w związku z coraz częściej ostatnio stosowanym zabiegiem Cotte'a. Wspomniany nerw nigdy nie jest przedkrzyżowym, tylko przedlędźwiowym. Biegnie on w trójkącie stworzonym przez tętnice biodrowe wspólne i wzgórek. Rzadko jest on nerwem, raczej splotem nerwowym, o różnej długości; zaczyna się w miejscu rozdwojenia aorty brzusznej i wkrótce rozdziela się na dwie gałęzie: *nn. hypogastrici.* W jednej trzeciej części przypadków, nerw zajmuje lewą połowę wymienionego trójkąta i biegnie zawsze nad lewą żyłą wspólną. Czasem prawy *n. hypogastricus* przechodzi poprzecznie przez wklęsłą powierzchnię kości krzyżowej. Nerw nie jest zrośnięty z otrzewną, należy jednak przy zabiegu pamiętać, że jest z nią zrośnięty prawy moczowód.

W około 8% przypadków krezka kiszkowa przyczepia się tuż przy trójkącie tętnic biodrowych tak, że dostęp do nerwów przez zwykłe nacięcie otrzewnej nie wystarcza; należy wówczas odciągnąć w lewo główną gałąź tętnicy krezkowej dolnej.

Autor proponuje dostęp do nerwu przez pionowe nacięcie otrzewnej tuż poniżej rozdwojenia aorty, odszukanie splotu nerwów, który po ujęciu w zaciskadło należy zwolnić i w całości wyciąć. *Janik* (Iwonicz).

*Mechanizm śmierci w chirurgji żołądka.* ROBINEAU. Pres. méd. Nr. 16. 1933.

Na podstawie systematycznych badań po zabiegach na żołądku, przewodzie pokarmowym i drogach żółciowych znajdował A. stałe podniesienie poziomu mocznika we krwi przez pierwsze 3—4 dni po operacji; był to skutek oligurji pooperacyjnej. Nadmiar mocznika znikał, skoro diureza wracała do normy. W razie przeciwnym stan chorego często dobry dotychczas, pogarszał się stale i doprowadzał do śmierci z powodu mocznicy. Stosunki te mało znane udało się ustalić tylko dzięki dokładnym badaniom laboratoryjnym, które wskazują na pooperacyjne zaburzenia w gospodarce ustroju chlorem. Dowóz soli kuchennej w obfitej ilości drogą zastrzyków dożylnych, wlewań podskórnych lub do odbytnicy wzmaga diurezę i zapobiega mocznicy. Niepokojące objawy kliniczne występują zbyt późno. To też A. radzi zasadniczo po wyżej wymienionych zabiegach podawać hipertoniczne roztwory soli przez pierwszych kilka dni. *K. Czyżewski* (Lwów).

*Chirurgiczne leczenie ciężkiego zapalenia okrężnicy.* F. MANDL. Med. Kl. Nr. 8. 1933.

Autor rozważa wyniki po różnych zabiegach chirurgicznych. 1) Przetoka z wyrostka robaczkowego umożliwia dokładne przepłókiwania — sposób niewystarczający ze względu na nikłą skuteczność przepłókiwań i stałe drażnienie kiszki kałem, który prze-

ważnie przechodzi drogą naturalną. 2) Odbyt sztuczny na kiszce grubej, zasadniczo na ślepej, wyjątkowo przy ograniczonych schorzeniach niżej — zapewnia dobre przepłókiwanie i zupełne wyłączenie chorej kiszki. 3) Zespolenie kiszkowe dla wyłączenia chorego odcinka jest niewystarczające i rzadko da się wykonać w terenie zupełnie zdrowym. 4) Wycięcie kiszki chorej jest sposobem najbardziej doszczętnym, lecz nawet w wykonaniu kilkuczasowem zwykle zbyt ciężkim dla wycieńczonych chorych. Żadna z tych metod nie jest zupełnie pewna w tych ciężkich przypadkach, które dostają się na stół operacyjny. Najlepsze wyniki przy małem stosunkowo niebezpieczeństwie widział A. po założeniu sztucznego odbytu. Poza leczeniem dietetycznem okazało się najskuteczniejszem przetaczanie krwi kilkakrotnie powtarzane, choć A. widział przypadki, w których zabieg ten nie dawał polepszenia.

*K. Czyżewski* (Lwów).

*Żywotność zawęźlonych pętel jelitowych.* JACQUES, DROEGEMUELLER, BUCHBINDER. Surg., Gyn. a. Obst. LV/5, 1932.

Doświadczenia wykonane na psach mają na celu dokładniejsze ustalenie danych, na podstawie których możnaby pewniej niż dotychczas oceniać żywotność niedrożnych pętel przed decyzją doszczętnego zabiegu operacyjnego. Autorowie wykonywali niedrożność w zakresie dolnego odcinka jelita cienkiego. Obserwacje trwały 18 do 24 godz. w czasie trwania oraz po usunięciu niedrożności. Badania tyczyły makroskopowych zmian patol. stanu ukrwienia, kurczliwości i przepuszczalności jelit.

Autorowie doszli do następujących wniosków: wygląd zawęźlonego jelita i powrót do prawidłowej barwy po usunięciu niedrożności ma wielkie znaczenie, podczas gdy tętnienie krezkowe, woń i ilość oraz charakter wysięku bywają złudne. Brak tętnienia krezkowego niezawsze przemawia za obliteracją naczyń krezkowych. Autorowie przypisują dużą wartość sposobowi badania kurczliwości jelit zapomocą przerywanego prądu. Drażnienie takim prądem powoduje okrężny skurcz w miejscu drażnienia pętli prawidłowej w ciągu kilku sekund, zawęźlonej ale żywotnej w ciągu 1—2 minut. Inne znane sposoby badania żywotności niedrożnej pętli mają znaczenie tylko pomocnicze.

*Janik* (Iwonicz).

*Zespół objawów wątrobowo-nerkowych.* HELWIG, SCHUTZ. Surg., Gyn. a. Obst. LV/5, 1932.

Przytoczono sześć przypadków klinicznych. Objawy rozwijają się w następujący sposób: zwykle istnieje od dłuższego czasu schorzenie dróg żółciowych, przyczem zmian we krwi i w moczu nie znachodzi się. Mogą się one nagle ukazać i to ewentualnie po zabiegu operacyjnym na drogach żółciowych. Z ukazaniem się tych zmian występuje wzdęcie brzucha, tętno się przyśpiesza, ciepłota podnosi; ilość moczu stale się zmniejsza, ukazuje się białko, wałeczki, a często i krew w moczu; wśród wymiotów, nudności, postępującej śpiączki następuje zejście śmiertelne.

Obserwacje autorów tyczyły przypadków, w których usunięto operacyjnie woreczek żółciowy. Zmiany patologiczne: rozległe obrzęki, powiększenie wątroby, tłuszczowe jej zwyrodnienie i zapalne nacieczenie, wysepkowe krwotoki i martwica. Podobne zmiany w nerkach. Krwotoki znachodzą się również w płucach, przewodzie pokarmowym i t. d. Żółtaczka istniała tylko w 2 przypadkach, w żadnym natomiast nie było niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Rana operacyjna nie wykazywała w żadnym przypadku skłonności do gojenia się.

Zespół objawów wątrobowo-nerkowych udało się autorom wywołać drogą doświadczalną. Wywołuje go uszkodzona tkanka wątrobowa, która wytwarza toksyny, działające swoiście w większym lub mniejszym stopniu na nerki.

*Janik* (Iwonicz).

*Przypadek szczęśliwego usunięcia zatoru z tętnicy podobojczykowej.* KNOBLOCH. Čas. Lék. Česk. 1932, z. 29.

Od roku 1895, gdy rosyjski chirurg Szabaniejew przeprowadził pierwszą arterjotomję w celu usunięcia zatoru z tętnicy piszczelowej, chirurgja naczyń obwodowych przyjęła taki rozmach, że dzisiaj możemy zagadnienie usuwania zatorów z tętnic obwodowych, o ile chodzi o stronę techniczną i o postawienie wskazania do zabiegu, uważać za rozstrzygnięte. Pomimo to liczba szczęśliwie operowanych przypadków jest dotąd stosunkowo mała. Pierwszy usunął z korzyścią zator z tętnicy obwodowej w r. 1911 chirurg francuski Labey, najbardziej zasłużył się zaś szwedzki chirurg Einar Key, który w pracy swej z r. 1922 przedstawił 48 embolektomij, z których w 13 osiągnął doskonałe wyniki. W r. 1928 Marey wspomina o 126 przypadkach, zebranych z piśmiennictwa, w których udało się 36 chorym uratować całą kończynę, a w 4 skończyło się tylko na stracie jednego palca. W ostatnich latach opisano szereg dalszych przypadków (Coeurza, Jungsbluth, Kantor, Marcus Kuazowicki i in.).

Na klinice chirurgicznej prof. Jiraska w Pradze przeprowadzono w okresie od 1926—1932 r. w 7 przypadkach usunięcie zatorów z tętnic obwodowych. W większości przypadków zator liczył ponad 10 godzin. Z 6 przypadków w jednym miał miejsce zator tętnicy biodrowej zewnętrznej, w dwóch zator tętnicy udowej, w trzech zator tętnicy podkolanowej. Z 6 tych przypadków 5 zmarło po operacji, w jednym usunięto kończynę. W 7-mym przypadku osiągnięto wynik doskonały. Przypadek ten tyczył się kobiety 38-letniej, u której stwierdzono zaczopowanie tętnicy podobojczykowej z zupełnem następowem niedokrwieniem całej, górnej kończyny lewej. Wynik praktyczny zabiegu był zadawalniający, ponieważ po usunięciu zatoru (godzinę trwającego) kończyna ukrwiona była zpowrotem prawidłowo i ocalono tem kończynę. Resekcji naczynia w tym przypadku nie przeprowadzono, a to z powodu braku wskazania w myśl zasad, ustanowionych w pracy Leriche'a z r. 1931.

*Ungar* (Lwów).

*O zapobieganiu zastąpienia w świetle nowych poglądów i badań.* F. SCHENK (Praga). Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Autor omawia najnowsze poglądy i badania doświadczalne tyczące czasowej sterylizacji i dochodzi do następującej konkluzji. Chęci zapobiegaaniu ciąży nie można dziś niestety uważać za zjawisko przejściowe, któreby się dało powstrzymać przez czynny lub bierny opór lekarzy czy też odpowiednich instytucyj społecznych. Szeroko pomyślana opieka państwowa nad ciężarną, matką i dzieckiem mogłaby w pewnym stopniu zwolnić zastraszające tempo spadku liczby porodów. Racjonalne przeprowadzenie takiej opieki pozostanie niestety w obecnych czasach tylko pobożnem życzeniem. Chęci braku potomstwa całkowicie powstrzymać się nie uda, ponieważ ludzkość oddzieliła definitywnie zaspokojenie popędu płciowego od chęci rozmnażania się. Stąd też rozmnażanie się nie jest już spowodowane przez najsilniejszy przyrodzony popęd, tylko przez wolę i chęć posiadania potomstwa. Lekarz powinien przeciwdziałać, o ile to w jego mocy, tym samobójczym popędom ludzkości. Drogi i sposoby w tym względzie mogą być różne. W każdym razie należy w klinicznych wykładach pouczyć młodego studenta o całokształcie sprawy i wskazać mu drogę postępowania. Ideałem może w przyszłości osiągalnym byłaby nieszkodliwa sterylizacja hormonalna, która sprowadziłaby olbrzymią zmianę na polu seksualnem. Dotychczas znane są nam pojedyńcze dodatnie wyniki uzyskane u zwierząt. U człowieka zagadnienie to jest jeszcze w stadjum początkowych prób. Zachodzi jednak pytanie, czy należy sobie życzyć dodatniego rozwiązania tej kwestji, bo obawiać się należy, że raz udoskonalona hormonalna sterylizacja u człowieka wymknie się z rąk lekarzy, a wręku niepowołanych może się stać grabarzem ludzkości.

*Zb. Rychłowski* (Lwów).

*Rosyjskie doświadczenia z ulegalizowaniem przerywania ciąży.* MAYER (Tübingen). Zntrlbl. f. Gyn. 46. 1932.

Praca opiera się na materjale kongresu ukr. ginek. w Kijowie z r. 1927. Sowieckie prawo o socjalnych wskazaniach do przerwania ciąży ma za zadanie zwalczanie poronień kryminalnych, przyczem w zasadzie jest przeciwne przerywaniu wogóle. W stanie obecnym ze względów trudności materjalnych ludności uważa przerywanie ciąży za wskazane. Z dobrobytem ludności wzrośnie dążenie do posiadania większej ilości dzieci. Przerywań dokonuje się w specjalnych zakładach, w domu niechętnie. Z początku czyniono to bezpłatnie, obecnie za zwrotem kosztów. Wskazań socjalnych udzielaja specjalne komisje poronieniowe. Górna granica ciąży 3 m.

Z doraźnych niebezpieczeństw sztucznego przerywania ciąży autor wylicza: niezbyt częste pęknięcia szyi, przebicia macicy 4—8%. Po perforacji ucieka się autor do laparotomji tylko przy krwotokach i pobocznych uszkodzeniach. W innych przypadkach postępuje się zachowawczo (75%). Śmiertelność po poronieniach wynosi 0,7%, głównie z powodu zakażeń. Podwyżki ponad 37.5° występują w 90%. Do późnych uszkodzeń należą: blizny ujścia wewnętrznego z następowem bolesnem miesiączkowaniem, w 74% występuje skąpe miesiączkowanie, w 10% brak miesiączkowania. Do dalszych uszkodzeń należy upośledzenie wewnętrznego wydzielania docześnej, wpływającego pośrednio na jajniki i macicę, zmiany anatomiczne jajników oraz macicy z następową bezpłodnością w 5,4%, ciąża pozamaciczna w 1,3%. W porodach gorączkujących w 32% anamnestycznie stwierdzono uprzednie poronienie. Ogólnie, przerywanie ciąży w następstwach psychicznych wywołuje pewne zaburzenia jak depresję, histerję, a następstwem funkcjonalnem jest często oziębłość płciowa. Kongres uznał przerywanie ciąży za zło psycho-seksualne, moralne i socjalne.

*T. Paruch* (Lwów).

*Przerwanie ciąży zapomocą maści. Niebezpieczeństwa stosowania tej metody i próby ich usunięcia.* HUGO SELLHEIM. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 5.

Z pomiędzy metod, służących do przerwania ciąży, wprowadzanie maści przerywających do macicy posiada tyle zalet, że mimo coraz to więcej gromadzących się przypadków śmiertelnych niełatwo jest zrezygnować z jego stosowania. Krytyczny przegląd przyczyn zgonów upewnił autora, że należyta technika powinna znacznie obniżyć śmiertelność po tej metodzie. I tak zator powietrzny, zator tłuszczowy dadzą się uniknąć, jeżeli nie będziemy stosować tego środka w przypadkach krwawiących. Przebicia macicy oczywiście metody nie obciążają. Jednakowoż istnieją poza tem niewątpliwie przyczyny nieznane, w których nawet sekcja pośmiertna nie mogła wyjaśnić, z jakiego powodu nastąpiło zejście śmiertelne, jak na to wskazuje jeden przypadek autora. Zdaniem autora te nieznane przyczyny polegają prawdopodobnie na zatruciu pewnemi ciałami, wchodzącemi w skład maści przerywających ciążę. Zastrzyk dożylny emulsji tych maści morskiej śwince wywoływał natychmiastową śmierć zwierzęcia. Należałoby zatem starać się sporządzać takie maści, któreby nie zawierały składników trujących. Niestety próby czynione w tym kierunku dotychczas nie doprowadziły do pomyślnych rezultatów, gdyż wraz z usunięciem trucizn maść traciła na zdolności wywoływania skurczów macicy. Próby te jednak zdaniem autora należy dalej prowadzić. *J. Lenczowski* (Lwów).

*W sprawie interruptyny.* G. A. WAGNER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90. z. 5.

Autor jest przeciwnikiem stosowania past do przerywania ciąży. Tylko w czwartej części przypadków dochodzi do samoistnego i połączonego z niewielkiemi bólami odejścia jaja płodowego. W reszcie przypadków wydalenie jaja często się przedłużało na 5—6 dni, nierzadko występowały tak znaczne krwawienia, że musiano usuwać jaje palcem lub instrumentem; niemało było przypadków, w których odeszła tylko część jaja płodowego, tak, że w konsekwencji trzeba było ukończyć poronienie sztucznie. Jeden raz wystąpiła wysoka ciepłota i dreszcze. Własne doświadczenie autora oraz opisywane w piśmiennictwie częste przypadki śmiertelne skłoniły autora do zaniechania stosowania past, jako środka przerywającego ciążę. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Doniesienie tymczasowe o stosowaniu past w celu przerywania ciąży.* J. H. LEUNBACH. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90. z. 5.

Stosowanie past, jako środka, służącego do przerywania ciąży, zasługuje zdaniem autora ze wszech miar na uwzględnienie. W celu uniknięcia niebezpieczeństw, podnoszonych przeciw tej metodzie, radzi autor przestrzegać następujących zasad: 1) Pasta musi być wolna od powietrza, tłuszczów i składników trujących. 2) Nie należy stosować jej w przypadkach zapalenia szyjki macicy. 3) W przypadkach wad sercowych winno się najpierw osiągnąć wyrównanie czynności serca. 4) Pasty nie należy stosować do 6-u tygodni ciąży. 5) W ciąży od 6-u do 12-tu tygodni należy się liczyć z koniecznością następowej skrobanki, gdyż środek ten z reguły nie prowadzi do całkowitego odejścia jaja płodowego w tym okresie ciąży. 6) Od trzeciego do 5-go miesiąca ciąży stosowanie past oddaje najlepsze usługi. 7) W celu wzniecenia bólów porodowych w miesiącach późniejszych pasty prawdopodobnie byłyby bardzo wskazane. Doświadczenia autora są jednak w tej ostatniej sprawie zbyt małe. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Postępowanie przy przebiciach macicy wywołanych przerywaniem ciąży.* FROMMOLT (Berlin). Zntrbl. f. Gyn. 46. 1932.

Analiza 60-u przypadków przebić macicy uczy, że w przypadkach świeżych, t. zn. do 6-u godzin po przebiciu, należy postępować zachowawczo, a mianowicie po wycięciu ścian kanału przebicia zeszyć go w dwu warstwach, następnie zaś ranę pokryć otrzewną. Przy uszkodzeniach jelit należy postępować według reguł chirurgji z tem, że należy przeciwdziałać ewentualnemu zapaleniu otrzewnej, podając kroplówki oraz preparaty tylnego płata przysadki. Całkowite wycięcie macicy jest usprawiedliwione tylko w przypadkach zaniedbanych. *T. Paruch* (Lwów).

*Uraz i zapłodnienie. Uwagi w sprawie działania pewnych sposobów leczenia niepłodności.* H. PAUCOT (Lille). Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. Nr. 1, 1933.

Autor przytacza 2 przypadki, w których kobiety przez dłuższy czas nie mogły zajść w ciążę. Zapłodnienie nastąpiło dopiero u jednej po dłuższej jeździe na motocyklu po bardzo złej drodze, u drugiej po bardzo silnym upadku z wozu. U obu pacjentek tuż po urazie wystąpiło krwawienie. Zjawisko to tłumaczy on w ten sposób, że wskutek silnych wstrząsów i upadku nastąpiło przekrwienie w narządach rodnych, czego dowodem było krwawienie; przekrwione, nabrzmiałe trąbki łatwiej mogły wychwytywać jajko. W myśl tego za jedyne racjonalne leczenie niepłodności uważa on wywołanie przekrwienia, które może być uskutecznione bądź przez drażnienie ścian trąbek i wzmożenie perystaltyki (przedmuchiwanie, salpingografja), bądź też przez nagrzewanie (diatermja, masaż). Wszelkie rozszerzania szyi należy zupełnie zaniechać i stosować jedynie w tych przypadkach, w których szyja skutkiem spraw zapalnych jest niedrożna. *H. Newlińska* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 24 maja 1932.

Kol. R u t k o w s k i (członek T-wa) przedstawił przypadek *„Pourazowej skrzepliny w prawej żyle pachowej"*.

Kol. R o g u s k i (członek T-wa) przedstawił przypadek *„Tętniaka urazowego prawej tętnicy podobojczykowej"* (streszczenie własne).

Przypadek dotyczy mężczyzny lat 31, u którego w 1919 r. bezpośrednio po postrzale wystąpił w prawej okolicy nadobojczykowej tętniący guz; jednocześnie głos chorego stracił swój normalny charakter, stając się cichym. W trzy dni po wypadku dokonano choremu jakiegoś zabiegu, po którym wrócił głos prawidłowy i guz nieco się zmniejszył. Po upływie pół roku chory zaczął pracować; wielokrotnie wykonywał znaczne wysiłki fizyczne, jak pływanie na znaczne odległości. Obecnie jednak chory miewa bicia serca i bóle w jego okolicy, występujące po wysiłkach fizycznych. Jednocześnie guz tętniący ulega znacznemu powiększeniu. Po przyłożeniu ręki do ucha zwłaszcza prawego, oraz leżąc z głową opartą o poduszkę, słyszy rytmiczny szmer w głowie.

Już bez przykładania ucha do guza w odległości 3 cm od niego słychać szmer ciągły, nasilający się w okresie skurczu. Szmer ten jest słyszalny nad całą klatką piersiową, na czaszce (zwłaszcza na prawym wyrostku sutkowym), przenosi się wzdłuż kręgosłupa, aż do kości krzyżowej, a także wzdłuż kości kończyn górnych. Szmer lepiej słyszalny jest po prawej stronie ciała niż po lewej. Bardzo dobrze słyszalny jest nad sercem, słabnąc w miarę posuwania się do koniuszka. Wymiary serca wszystkie rozszerzone opukowo oraz rentgenologicznie. Tętno tętnicy promieniowej prawej słabo wyczuwalne. Ciśnienie krwi (Pachon) pr. 100/50, lewa 130/60. Ciśnienie średnie: pr. 7, wychyleń oscylometru 3, po str. lewej ciśn. średnie 8, wychyleń 7. Odczyn B. - W. we krwi ujemny.

Rentgenogram guza wykazuje wyraźne zwapnienie. Nazewnątrz guza i tu i pod skórą znajduje się kula rewolwerowa, którą można wyczuć obmacywaniem.

*Dyskusja:* Kol. K r y ń s k i L. (członek T-wa) omówił własny sposób leczenia chirurgicznego tętniaków, zastosowany w czasie wojny światowej.

Kol. H i r s z f e l d L., kol. G o r e c k i Zdz. (członek T-wa) i kol. G o l d b e r ż a n k a J. omówili wyniki *„Badań nad postacią aglutynacji w odczynie Widala w związku z przebiegiem klinicznym duru brzusznego"*.

Autorzy omawiają znaczenie analizy chwytników dla współczesnej bakterjologji. Należy odróżniać ciepłochwiejne chwytniki H i ciepłostałe O. W przebiegu duru brzusznego występują oddzielne ciała odpornościowe dla chwytników H i O. Autorzy w myśl wskazań Felixa wykonywali na prawie 500 przypadkach badania równoległe z hodowlami żywemi, jako też z hodowlami zabitemi formaliną i alkoholem. Formalina uniemożliwia aglutynację grudkowatą, alkohol niszczy antygeny ciepłochwiejne H. W ten sposób można było odpowiedzieć, jakiego typu ciała odpornościowe pojawiają się u ludności na terenie m. st. Warszawy i w jakim stopniu zawiesiny zabite mogą zastąpić zawiesiny żywe. Jako szczepów żywych durowych używano szczepu 901, otrzymanego od Felixa, i szczepu Dj, wyhodowanego w Państwowym Zakładzie Higjeny. Dokładna analiza chwytników wykazała, że szczep Dj jest równie wrażliwy i posiada niemniejszą ilość antygenu O wzgl. H, niż szczep 901 Felixa. Nawet przy użyciu tych samych szczepów, bakterje zabite dają znacznie mniejszy odsetek wyników dodatnich, niż bakterje żywe. Średnio 30—40% przypadków duru brzusznego z Widalem dodatnim, otrzymanym z pomocą szczepów żywych, dało wynik ujemny po użyciu szczepów zabitych. Przeciwciała anty-H i anty-O były wspólnie obecne jedynie w 45% przypadków. Przeciwciała anty-H same w 32%, anty-O same w 25%. Jak widać z tych danych, użycie szczepów zabitych dla odczynu Widala nie jest wskazane, a przynajmniej należałoby, używając zawiesin zabitych, korzystać zarówno z zawiesiny alkoholowej dającej aglutynację O, jak i formolowej, wykazującej przeciw-

ciała anty-H, i zapomocą badań specjalnych określić miano, które już mogłoby być diagnostycznie wykorzystane. Dane te opierają się na materjale z ostatniej epidemji wynoszącym 440 przypadków.

Pewna liczba przypadków była jednocześnie dokładnie badana w szpitalu św. Stanisława w celu stwierdzenia, czy obecność lub nieobecność przeciwciał anty-O daje pewne wytyczne, co do przebiegu duru brzusznego.

Kol. Gorecki: Badania, przeprowadzone u 39 chorych na dur brzuszny, w szpitalu św. Stanisława, są zbyt nieliczne, by można było wyprowadzać na ich podstawie ostateczne wnioski. Prawdopodobnie dany rodzaj aglutynowania nie zmienia sie u danego osobnika w czasie trwania choroby, i sposób aglutynowania stoi w związku z właściwościami osobniczemi.

*Dyskusja:* Kol. Szokalski (czł. Tow.), ogłosił w r. 1918 w „Gazecie Lekarskiej" w Nr. 32 i 33 pracę p. t.: „Aglutynacja grupowa w przebiegu duru brzusznego, czerwonki i duru plamistego". W surowicy chorych na czerwonkę b. rzadko znajdował zlepniki pochłaniające pałeczki durowe, natomiast we krwi chorych na dur brzuszny często wytwarzała się aglutynina dla bakteryj czerwonkowych i rzekomoczerwonkowych.

Kol. Michalski Zdz. (członek T-wa) przestrzega przed wyprowadzeniem wniosków ostatecznych na podstawie skąpego materjału. Uważa, że na 3 lub 4 tygodnie przebiegu duru brzusznego można rokować bez odczynu serologicznego, opierając się na spostrzeganiu klinicznem.

Kol. Filiński W. (członek T-wa) podaje, że przebieg duru brzusznego zależy od odporności swoistej i nieswoistej, przytem posiadają znaczenie wiek, płeć i dziedziczność. Radzi przeprowadzić badania nad przypadkami w nawrotach duru.

Kol. Hirszfeld L. Uwagi kol. Szokalskiego o silnej współaglutynacji pał. czerwonkowych w przebiegu duru brzusznego są bardzo interesujące, istota tego zjawiska musiałaby być bliżej przebadana. W sprawie znaczenie aglutynin dla odporności, to Felix identyfikuje jedynie aglutyniny dla antygenu somatycznego z ciałami bakterjobójczemi. Ja osobiście nie uważam za wykluczone, że aglutynacja, która przecież jest unieruchomieniem drobnoustrojów, gra i w zjawiskach odporności niepoślednią rolę.

Kol. Gorecki Zdz. (członek T-wa). Nie ulega kwestji, że w durze, podobnie jak i we wszystkich innych cierpieniach, tylko dokładna, bystra i wszystko obejmująca obserwacja kliniczna może być dla klinicysty jedną właściwą podstawą dla rokowania, co jednak nie stoi na przeszkodzie w poszukiwaniu dodatkowych danych, ułatwiających rokowanie. Nadzieje Felixa co do rokowania na podstawie rodzaju występujących aglutynin — nie znalazły potwierdzenia w naszych, choć na skromnym materjale przeprowadzonych, badaniach.

Kol. Orłowski W. (członek Tow.) uważa, iż omawiane zagadnienie może mieć duże znaczenie. Należy przeprowadzić badania na dużym materjale. Dla tego też odczyt wygłoszony uważa za wprowadzenie zagadnienia na teren warszawski. Stwierdza, iż w rokowaniu spostrzeganie kliniczne ma i będzie miało największe i rozstrzygające znaczenie. Możliwe jednak, iż próby serologiczne rzucą pewne światło na niektóre zagadnienia w chorobach zakaźnych.

Kol. Misiewicz J. omówiła: *„Wpływ odmy sztucznej na przebieg gruźlicy doświadczalnej płuc u królików"*.

Wnioski: 1) odma hamuje szerzenie się zakażenia gruźliczego z płuca zakażonego i poddanego działaniu odmy, 2) odma nie sprzyja rozwojowi gruźlicy w płucu uciśniętem w przypadkach zakażenia gruźlicą drogą podskórną. W trakcie doświadczeń kilkakrotnie stwierdzono powikłania odmy — wysiękowem zapaleniem opłucnej u królików zakażonych gruźlicą. Zasługuje na uwagę fakt, że u tych właśnie zwierząt zaznaczało się najwyraźniej ochronne działanie odmy. Możnaby stąd sądzić, że wysięk opłucnowy może wzmagać działanie odmy.

### Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 czerwca 1932 roku.

1. Kol. Prezes wspomina o śmierci bł. p. E. Flatau'a i oznajmia, że Akademja ku jego czci odbędzie się na jesieni.

2. Kol. Zembrzuski L. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: *„Johann Wolfgang Goethe, a medycyna"*. Podniósłszy fakt, że Goethe w r. 1830 został wybrany na członka honorowego Warsz. Tow. Przyj. Nauk, prelegent scharakteryzował poglądy Goethego na medycynę i lekarzy. Autor „Fausta" od dzieciństwa często zapadał na zdrowiu i okoliczność ta dawała mu sposobność do stałego niemal kontaktu z medycyną i lekarzami, których zresztą bardzo cenił, pomimo że w niektórych utworach ośmieszał ich wzorem Molière'a. Goethe nietylko wypowiadał swe poglądy na różne schorzenia nerwowe, wewnętrzne, zakaźne, wieku dziecięcego i t. p., odznaczające się trafnością z punktu widzenia ówczesnej wiedzy lekarskiej, lecz był autorem poważnego dwutomowego dzieła *„Die Farbenlehre"* z zakresu optyki, z którego był wcale dumnym i które bardziej cenił od swych utworów poetyckich. Poza tem Goethe opisał kość międzyszczękową u człowieka oraz rozwój czaszki i wypowiedział słuszne poglądy na znaczenie medycyny społecznej (szczepień przeciw ospie, opieki nad matką i dziećmi, nad umysłowo chorymi i t. p.). Goethe sam siebie przenikliwie obserwował i starał się poznawać swój stan somatyczny i psychiczny, co mu ułatwiały — jego znajomość przyrody i studja lekarskie w młodości. Na sztukę leczenia zapatrywał się z punktu widzenia naturystów t. j. samo-leczniczych sił natury, którą uważał za obejmującą wszystko swą jednością. Goethe był zwiastunem filozofji romantycznej niemieckiej, a poglądy jego dualistyczne na odrębność dwóch światów — duchowego i materjalnego nie pozostały bez wpływu na umysły wybitnych biologów i fizjologów.

*Dyskusja:* Kol. Melanowski W. (członek T-wa).

W pracy swej obejmującej przeszło 1000 stron obok historji nauki o barwach znajdziemy taką masę faktów skrzętnie dobranych i umiejętnie zestawionych — że po dziś dzień materjał ten faktyczny przedstawia poważny dorobek naukowy. Z faktów cytowanych przez Goethego widać, że jest on poprzednikiem Heringa i twórcą fizjologicznej teorji nauki o barwach. Jako żywy przykład słuszności, że nie Heringowi należy się pierwszeństwo wystarczy chyba taki przykład: „Kiedy wieczorem w tawernie spojrzałem najpierw na urodziwą kelnerkę o białej twarzy otoczonej nimbem ciemnych włosów, ubranej w szkarłat, a potem rzuciłem wzrokiem w ciemną dal izby, to na tle szarych ścian dojrzałem wyraźnie ciemną twarz otoczoną jasną glorją i odzianą w szmaragdowo zielone suknie".

Czyż nie jest to ujęcie. z którego potem skorzystał Hering — podobnie zresztą, jak i z szeregu innych spostrzeżeń, jak o dopełniającem zabarwieniu szarych przedmiotów umieszczonych na tle błękitnem, żółtem, czerwonem i zielonem.

Zastępca Sekretarza dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *W. Orłowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

### Protokół 2-go posiedzenia z dnia 18 stycznia 1933.
Przewodniczący: Prof. Wł. Jakowicki.

1. Dr. St. Fedosewicz: Pokaz z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. 2-ch przypadków *Lues tertiaria congenita tarda.*

Przypadki te zasługują na uwagę, po pierwsze, ze względu na to, że z *Lues tertiaria cong. tarda* spotykamy się rzadziej, niż z *aquisita,* a po drugie, ze względów diagnostycznych, gdyż czasami nawet doświadczeni specjaliści mogą mylnie ją rozpoznać. Tak też, niestety, zdarzyło się i w demonstrowanych przypadkach, mianowicie, w pierwszym przypadku w/g słów chorej laryngolog rozpoznał gruźlicę błon śluzowych jamy ustnej i leczył przypalaniem owrzodzenia; w drugim zaś przypadku chirurg zlekceważył sprawę chorobową.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej Z. P., lat 15, która podała, że mniej więcej przed 3—4 tygodniami zauważyła owrzodzenie w jamie ustnej, a przed 3 dniami zapadnięcie się podstawy nosa. Od lat 10 choruje na oczy. Rodzice chorowali na kiłę.

Badanie przedmiotowe wykazuje *polyscleradenitis, Keratitis syphilitica,* rozpoczynające się zapadanie podstawy nosa (nos siodełkowaty); stwierdza się nadto na granicy (co jest charakterystyczne dla tej sprawy, gdyż w błonach śluzowych punktem wyjścia głębokich kilaków bywa najczęściej ochrzęstna lub okostna) twardego i miękkiego podniebienia rozpadające się okienkowate owrzodzenie (ubytek) — *Gumma ulcer. prof.,* wielkości dwugroszówki, które już przedziurawiło podniebienie miękkie powyżej języczka. Brzegi owrzodzenia zaczerwienione, obrzmiałe, nacieczone, równe, przykryte sadłowatym nalotem. Całe miękkie podniebienie zgrubiałe (obrzmiałe), zaczerwienione, nacieczone i, jak już wspomniano, przedziurawione. Zęby wykazują półksiężycowate zakarbowanie z wypukłością ku korzeniowi *(apomorphismus).* Odczyn śródskórny po injekcji 0,1 $cm^3$ fizjologicznego roztworu soli kuchennej wypadł ogólnie i miejscowo ujemnie. Próba Pirquet'a wypadła również ogólnie i miejscowo ujemnie, zaś odczyn śródskórny poluetynowy (inj. śródsk. 0,1 $cm^3$ luetyny) miejscowo wybitnie dodatnio: wyniosły żywo zaczerwieniony rumień wielkości $4 \times 4$ cm z bąblem w środku.

Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi wypadł silnie dodatnio (++++). Odczyn Sachs-Georgi'ego we krwi wypadł silnie dodatnio (++++). Odczyn cytocholowy we krwi wypadł dodatnio (++).

Drugi przypadek dotyczy chorej W. P., panny, lat 20. Przed przeszło 6 miesiącami powstało u niej bez żadnej widocznej przy-

czyny owrzodzenie na lewem podudziu, które po pewnym czasie zagoiło się, lecz potem odnowiło się w sąsiedztwie, doprowadzając do stanu obecnego. Od lat 10 choruje na oczy.

Badaniem stwierdzamy zmętnienie rogówek *(Keratitis syphilitica)* oraz w okolicy dolnej części lewego podudzia po stronie zginaczy głębokie rozpadające się owrzodzenie (ubytek) — *Gumma subcut. ulcer. syphylit.*, kształtu owalnego wielkości jaja kurzego, o dnie nierównem, pokrytem brudną, szaro-żółtawą ropną wydzieliną. Brzegi owrzodzenia zaczerwienione, nacieczone, twarde, miejscami nierówne, rozpadające się, podminowane, miejscami zaś obcięte, nerkowate. Powyżej tego dużego owrzodzenia widoczna jest blizna oraz małe nerkowate owrzodzenie, wielkości małego ziarna bobu. Dookoła zaś pod skórą, wyczuwa się twarde guzki i guzy (nierozpadnięte kilaki), wielkości małego orzecha laskowego — *Gumma subcut. syphylit.* Odczyn śródskórny po injekcji 0,1 cm³ soli fizjologicznej ogólnie i miejscowo wypadł ujemnie. Próby Pirquet'a miejscowo dodatnie, odczyn poluetynowy miejscowy dodatni: żywo zaczerwieniony wyniosły rumień wielkości $2 \times 2$ cm.

Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi wypadł wątpliwie (±). Po prowokacji odczyn Bordet-Wassermanna wypadł wątpliwie (+). Po prowokacji odczyn Sachs-Georgi'ego wypadł ujemnie (—). Po prowokacji odczyn cytocholowy wypadł ujemnie (—).

Wprawdzie pełnej triady Hutchinsona, znamiennej dla kiły wrodzonej, tutaj nie stwierdzamy, ale jednak częściowa jej obecność, jak *Keratitis syph.* w obu przypadkach i *apomorphismus dent.* w pierwszym oraz wyżej wspomniane dane jak *virgo intacta* w drugim przypadku i spiryloza u rodziców w pierwszym przypadku kierują przypuszczenia właśnie w stronę kiły wrodzonej. (Autoreferat).

*W dyskusji:* Dr. Świeżyński zaznacza, iż przypadek pierwszy z przebiciem podniebienia trudno było pomieszać z gruźlicą, która przebiega pod postacią drobnych gruzełków i nie drąży nawylot; za kiłą też świadczą ostre brzegi owrzodzenia.

Dr. Zienkiewicz dodaje, że na dużym materjale Poradni Przeciwkiłowej dla dzieci w Wilnie obserwował tylko 1 przypadek przedziurawienia podniebienia twardego u dziecka 4 miesięcznego. Pod wpływem leczenia swoistego otwór nieco się zmniejszył. Dalszej obserwacji brak.

2. Doc. Dr. M. Mienicki i B. Krzywobłocki (gość): *Przypadek przewrażliwości na chininę u chorego kiłowego i próby przeniesienia tego stanu na zwierzęta* (z pokazem fotografji chorego).

U osobnika kiłowego po jednem wstrzyknięciu preparatu Quinby przy objawach lekkiej duszności i podniesienia temperatury powstała na skórze obfita wysypka złuszczająca się; zmiany chorobowe skóry odpowiadały obfitej osutce, jaką spostrzegamy w płonicy *(Erythema scarlatinoformis)*. W ciągu 4 i pół tygodnia stan ten stopniowo powrócił do normy. W przypadku tym po ustąpieniu u chorego ciepłoty i ostrych zmian zapalnych pobrano surowicę krwi chorego i przeprowadzono odnośne próby biologiczne. W wyniku powyższego dało się stwierdzić, że: 1) Przewrażliwość na chininę daje się przenieść drogą naskórną i śródskórną na innych ludzi i w ten sposób można wywołać uczulenie bierne. 2) Obraz zmian klinicznych w przypadku przewrażliwości na chininę nie zależy od dróg wprowadzenia wywoływacza (wstrzyknięcie domięśniowe, wprowadzenie doustne, wtarcie, względnie dotyk). 3) Stan przewrażliwości na chininę daje się przenieść na świnkę morską lub królika, a następnie można wywołać wstrząs anafilaktyczny bierny zapomocą injekcji *2% chinin. muriat.* 4) Siła i natężenie objawów wstrząsu oraz czas jego trwania są przeważnie zależne od przerwy pomiędzy injekcją surowicy, a injekcją chininy, przyczem najsilniej objawy występują przy przerwie około 48 godzin. 5) Przebieg wstrząsu anafilaktycznego biernego wywołanego chininą jest typowym (leukopenja, *apnoë*, wybroczyny w jelitach i wątrobie i t. d.). (Autoreferat).

3. B. Krzywobłocki (gość): *Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w shock'u anafilaktycznym odwróconym.* (Praca przeznaczona do druku).

4. Dr. Jankowska: *Zachowanie się podstawowej przemiany materji i równowagi kwasowo-zasadowej pod wpływem wzruszeń.* (Praca oddana do druku).

*W dyskusji:* Prof. Pelczar podkreśla, że badania Dr. Jankowskiej są bardzo ciekawe, jednak zapytuje, czy były równocześnie przeprowadzane badania tętna i ciśnienia krwi i czy we wszystkich przypadkach chorzy zachowują się jednakowo. Mogłoby to dać pewne wyjaśnienie w przypadku drugim, gdzie u chorego z obrzękiem śluzowatym nastąpiło obniżenie przemiany materji, zdaje się, nawet około 30%.

Należałoby brać pod uwagę wahanie wielkości przemiany materji wyższe, gdyż wiemy, że u człowieka normalnego spotyka się indywidualne wahania w ciągu dnia w wysokości do 15%.

Przypadek drugi jest jeszcze o tyle ciekawy, że chodziłoby o jakieś ciało paradoksalne związane, jak się zdaje, z niedomogą tarczycy. Trzeba jednak wziąć pod uwagę t. zw. prawo wyjściowe *(Ausgang-Gesetz)*, z którego wiemy, że odczyny ustroju, a właściwie ich nasilenie czy pod wpływem czynników chemicznych czy fizycznych, zależą od stanu osobnika przy powstawaniu danego odczynu.

Wiemy np., że zwiększenie się ilości jodu w ustroju po injekcji adrenaliny zależy od czynności tarczycy. Jod w nadczynności tarczycy może się zachowywać paradoksalnie, to znaczy zmniejszać się, gdy normalnie mamy po injekcji adrenaliny zwiększenie się ilości jodu. Są to rzeczy wogóle ciekawe, gdyż wiemy, że dużo środków farmakologicznych inaczej działa na ustrój zdrowy, inaczej na ustrój chory. (Autoreferat).

Prof. Jakowicki podkreśla wpływ wzruszeń na inny gruczoł wewnętrznego wydzielania, a mianowicie jajnik i znane klinicznie fakty występowania miesiączki pod wpływem emocyj psychicznych.

Dr. Jankowska w odpowiedzi Prof. Pelczarowi nadmienia, że innych specjalnych badań poza omówionemi powyżej nie prowadziła.

Sekretarz Twa: *Dr. Ryll-Nardzewska.*

## Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 2-go grudnia 1932 r.

Przewodniczy kol. Fiedorowicz.

I. Kol. Fiedorowicz demonstruje a) preparat wyciętego jelita, wgłobionego w okolicy *coecum*. Wgłobienie było wywołane skłębieniem robaków *ascaris lumbr.*, kiszka była rozdęta, po rozcięciu kiszki wydobyto 45 ascaryd.

b) Preparat wyciętego raka esicy.

c) Preparat wyciętego jelita cienkiego z rozlanym owrzodzeniem gruźliczem nad miejscem zwężenia, które prawie całkowicie zamknęło światło jelita.

II. Kol. Bajenkiewicz wygłosił referat *„częstość zapaleń przydatków macicznych w stosunku do innych schorzeń kobiecego narządu rodnego w zakładzie położniczym w Białymstoku"*.

Za przeciąg 22 miesięcy do grudnia 1932 r. leczono 121 przypadków zapaleń przydatków macicznych na 98 schorzeń o charakterze nowotworowym. W ostatnim czasie zauważono powiększoną liczbę zapaleń przydatków macicznych, co przypisać należy wzmożonej tendencji u kobiet pozbycia się ciąży. Na 121 przypadków zapaleń, 50% pozostawało w związku z manipulacjami mającemi na celu przerwanie ciąży, reszta są zapalenia po porodzie i zakażenia rzeżączką. W liczbie chorych przeważają wieloródki, wiek chorych wahał się od 18 do 37 lat. Leczenie przeważnie konserwatywne. 20% podlegało operacji oszczędzającej, o ile można narząd rodny. Przy leczeniu konserwatywnem stosowane w ostrym okresie zastrzyki odpowiednio do istoty zakażenia, więc szczepionka Delbeta, gonokcyna, a w przypadkach niejasnych co do etjologji i podostrym okresie choroby zastrzyk *Calcii lactici.*

III. Kol. Kapłan i kol. Kersztman demonstrują chorego l. 68, który po nachyleniu nagle oślepł na oba oczy. Przy badaniu stwierdzono rozedmę płuc, miażdżycę i zwiększoną ilość ciałek czerwonych 7,2 mil. Hb. 120%.

Badanie wzroku przeprowadzone przez kol. Kerszmana objektywnie poza zupełną ślepotą żadnych zmian w narządzie wzroku nie wykazało (dno oka normalne, odruchy źrenicowe zachowane, żywe). Po kilku dniach chory odzyskał poczucie światła. Później przy bardzo silnie ścieśnionem polu widzenia zaczął rozróżniać palce. Na 8. dzień bystrość wzroku wynosiła pr. 0 V=0,8 1.0 V=0.7, równolegle rozszerzało się i pole widzenia. Kol. Kerszman rozpoznaje rozległe skurcze naczyń zaopatrujących sferę wzrokową mózgu.

*W dyskusji* Kol. Karwowski zapytuje, jaki był wskaźnik barwny, jaki stosunek osocza do krwinek i czy była robiona punkcja lędźwiowa, gdyż dałoby to możność ustalenia rodzaju czerwienicy i wykluczenia innych przyczyn zaburzeń wzrokowych.

Kol. Kapłan sądzi na podstawie objawów klinicznych, iż ma się do czynienia z czerwienicą wtórną.

IV. Kol. Kapłan wygłosił referat o hipertonji, omawiając sposoby powstawania nadciśnienia dziedzicznego i nabytego, ich znaczenie kliniczne i stosunek do miażdżycy.

Sekretarz: *Dr. Karwowski.*

## LIST DO REDAKCJI.

Warszawa, 24 kwietnia 1933.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Gdyby Dr. Landau w pracach swoich również tak dobitnie zaznaczył, iż „Kol. Thursz jest autorem i inicjatorem" metody dożylnego wlewania alkoholu, jako to czynił na posiedzeniu W. T. Lek. dn. 26. IV. 1932 r. (co w każdej chwili potwierdzić mogą Koledzy obecni na powyższem posiedzeniu), koledzy francuscy nie łączyliby nigdy imienia Dra Landaua z metodą moją.

Nieprawdą jest, że „Dr. T. ma odwagę twierdzić, iż to on jest autorem nowej metody leczenia ropni płuc". W sprawozdaniach swoich (Polska Gaz. Lek. Nr. 51. 1932 i Warsz. Czas. Lek. Nr. 49, 1932) wyraźnie podaję, że „Kol. L. pierwszy zaczął stosować moją metodę w schorzeniach ropnych płuc".

Uważam, że posiedzenie Warsz. T. Lek. z dn. 26. IV. 1932 r., na którem Dr. Landau i Dr. Fejgin wychwalali moją metodę, było dla mnie wyjątkowo fortunnem.

W sprawozdaniu z powyższego posiedzenia czytamy, że „Kol. T. czuje się dotknięty lekceważącem odezwaniem się Kol. Czarkowskiego o stosowaniu alkoholu. Kol. Prezes nawołuje do zachowania powagi i spokoju w dyskusji". Drobny, i zresztą, zrozumiały ten incydent nie może chyba skłonić mnie do usłuchania tej tak szczerej rady Dra Landaua, abym „we własnym swoim interesie najmniej powoływał się na przebieg tego posiedzenia".

Wszelkie wysiłki Dra Anastazego Landaua dążące do uzurpowania sobie autorstwa cudzej metody spaliły na panewce.

Nie dam się sprowokować tonem Jego listów — imać się będę i nadal prawdy i rzeczowości.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania

*Dr. Thursz.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Dr. Tadeusz Żeleński (Boy) otrzymał nagrodę literacką miasta Warszawy.

W szpitalu św. Łazarza w Warszawie, w dniu 16 marca b. r. zostały wmurowane tablice pamiątkowe ku czci nie żyjących: długoletniego, zasłużonego Lekarza Naczelnego Xawerego Watraszewskiego oraz wybitnego ordynatora Władysława Kopytowskiego. Tablice X. Watraszewskiego umieszczono w oddziale dr. med. J. Krysińskiego (sala Nr. 6), Wł. Kopytowskiego w oddziale dr. med. R. Bernhardta (sala Nr. 24).

Na uroczystem posiedzeniu Koła lekarzy szpitalnych w obecności rodzin zmarłych, w dniu 25 marca 1933 r. wygłosili przemówienia: dr. med. R. Bernhardt ku czci Xawerego Watraszewskiego oraz dr. med. B. Michałowski ku czci Władysława Kopytowskiego.

Prof. Hans Eppinger został powołany z Kolonji na dyrektora I. kliniki lekarskiej w Wiedniu.

W Rzymie obchodził 30-letni jubileusz pracy nauczycielskiej prof. chirurgji R. Alessandri, znany z wielu prac i zjazdów międzynarodowych.

*Zmarli.*

Dnia 18 kwietnia b. r. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Włodzimierz Lindeman, profesor patologji ogólnej na Wydziale Weterynaryjnym Uniw. Warszawskiego, b. Kierownik Działu III. Wojskowego Instytutu Gazowego w Warszawie, ostatnio powołany na profesora patologji ogólnej Uniw. Jagiellońskiego. Ś. p. Prof. Lindeman położył duże zasługi w dziedzinie badań naukowych nad obroną i ratownictwem przeciwgazowem. Ogłosił drukiem z tego zakresu kilka prac; do ważniejszych należy „Toksykologja gazów bojowych", wydana w 1927 r. i monografja o iperycie, wydana w 1927 r.

Dr. Wiktor Stankiewicz, em. lekarz kolejowy w Krakowie, l. 62.

Dnia 22 kwietnia b. r. zmarł w Warszawie ś. p. dr. med. Józef Laskowski, major rezerwy, współwłaściciel lecznicy „Omega". Przeżył lat 63.

Dnia 23 kwietnia b. r. zmarł w Otwocku dr. med. Marjan Zylberbart, laryngolog, konsultant Uzdrowiska m. st. Warszawy.

Dr. Józef Silbiger w Tarnowie.

Bruno Bloch, profesor dermatologji i syfilidologji Uniw. zurychskiego, wybitny badacz przemiany materji, endokrynologji i imunobiologji w odniesieniu do chorób skóry, zmarł, w wieku 55 lat, 10. kwietnia b. r.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

Lwowskie Tow. Lek. na posiedzeniu naukowem z dnia 21 kwietnia b. r. rozważało szczegółowo sprawę gwałtownie szerzącej się na terenie m. Lwowa wścieklizny. Stwierdzono, iż obecne nasilenie epizoocji wścieklizny przekracza znacznie przeciętny poziom na przestrzeni kilkudziesięciu lat ostatnich, czego dowodem jest dotąd nienotowana liczba 256 osbów, zamieszkałych we Lwowie, które w tym roku, do dnia 20 kwietnia, musiały się poddać ochronno-leczniczemu szczepieniu przeciw wściekliźnie. W rozważaniu przyczyn tego zjawiska, stwierdzono z jednej strony brak ścisłego wykonywania obowiązujących przepisów zwalczania wścieklizny, z drugiej zaś niezrozumiałą bierność mieszkańców Lwowa, którzy niedoceniając niebezpieczeństwa, grożącego ich zdrowiu, a nawet życiu, lub powodując sie źle zrozumianym sentymentem dla zwierząt, utrudniają akcję obronną. W wyniku dyskusji uchwalono jednogłośnie przedłożyć odpowiednie rezolucje władzom miejskim i wojewódzkim.

21. IV. odbyło się w Madrycie zamknięcie kongresu oftalmologicznego, na którem Polskę reprezentowała delegacja z prof. dr. Szymańskim, b. marszałkiem Senatu, na czele.

XII. posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 21 kwietnia. Porządek dzienny: 1) Kol. Frank-Pittowa, czł. Twa: Hepato-lienografja i jej wartość w klinice (pokaz z przeźroczami). 2) Kol. Meisels E., czł. Twa: Nowotwory kostne (wykład z przeźroczami (część II-ga).

XIII. posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow, Lek. odbyło się 28 kwietnia 1933. Porządek dzienny: 1) Kol. Mozołowski, człon. Twa: Chemja gazów bojowych (wykład). 2) Kpt. Fiegler, gość: Walka gazowa.

Z Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie. Staraniem Towarzystwa i dzięki poparciu przez prezydjum magistratu M. Lwowa i Wydziału miejskiego zdrowia, Polskie Tow. Higjeniczne we Lwowie ma otrzymać odpowiedni lokal od miasta na urządzenie stałej Wystawy higjenicznej, przeznaczonej m. i także dla młodzieży szkolnej. W nader pożytecznej „Bibljoteczce Higjenicznej" wydawanej przez P. T. H. we Lwowie ukazała się broszura Nr. XVIII. Dra Wasilkowskiej - Krukowskiej p. t. „Wychowanie fizyczne i sporty w wieku dziecięcym", nakładem „Książnicy - Atlas".

Posiedzenie Wydziału lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności odbyło się dnia 22 kwietnia b. r. Porządek dzienny: 1. Posiedzenie naukowe: 1) J. W. Supniewski i Hano: Przemiana związków chemicznych pod wpływem krętka bladego. Ref. czł. Nitsch i Nowak. 2) Czł. kor. Modrakowski: Farmakologiczne działanie nymphaliny, nowego ciała, otrzymanego z grzybienia białego (Nymphaea alba). I. Działanie nymphaliny na narząd krążenia u żaby. 3) J. Felix: Badania doświadczalne nad działaniem padutiny (kalikreiny) na narząd krążenia. Ref. czł. Beck i Orłowski. 4) Z. Zakrzewski i W. Kraszewski: Hodowla ludzkich tkanek nowotworowych poza ustrojem. Ref. czł. Konopacki i Ciechanowski. — II. Posiedzenie administracyjne: 1) Sprawa druku prac uzupełnionych. 2) Sprawy budżetowe. 3) Regulamin fund. Sommera. 4) Sprawa Międzynar. Kongresu hydrol. lekarskiej w Tuluzie (październik 1933).

VIII. posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. z Tow. Internistów Polskich. Oddział w Poznaniu odbyło się 28 kwietnia 1933. Dr. W. Maciukiewiczowa: Agranulocytoza na tle przypadków klinicznych. Prof. W. Jezierski: Analizy kapilarne krwi. Dr. W. Orzechowski: Znaczenie elektrokardjografii w rozpoznawaniu niedomogi serca. — Dr. W. Spychała: Nerwy presoodbiorcze krążenia i ich wpływ na serce.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warsz. odbyło się 25 kwietnia 1933 r. 1) Dworecki I. i Segał M.: Przypadek torbieli jajnika, zakażonej prątkami Ebertha. 2) Erlichówna M., czł. Twa: O znaczeniu badań sekcyjnych dla klinicysty. 3) Węgierko J. R., czł. Twa: Stany hipoglikemiczne w cukrzycy.

Posiedzenie naukowe Pol. Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się dn. 27 kwietnia b. r. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych. 2) Z. Srebrny: O wskazaniach do otwierania wyrostka sutkowego w ostrych ropnych zapaleniach ucha środkowego. 3) B. Karbowski: Przyczynek do kazuistyki przetok głębnikowych. W sprawie przewlekłych stanów zapalnych w obrębie zatoki szczękowej.

II. Kongres europejski poświęcony higjenie umysłowej odbędzie się w Rzymie od 27—28 października b. r.

III. Międzynarodowy Zjazd poświęcony cytologji doświadczalnej, który odbędzie się w Cambridge 21—26 sierpnia b. r. obejmuje następujące tematy główne: 1) Oddychanie i przemiana materji w komórce (Hopkins, Cambridge); 2) Kształty i czynności komórek według doświadczeń in vitro (Fauré-Tremiet, Paris); 3) Elektrofizjologja komórki (Osterhout, New-York); 4) Mechanizm rozwoju komórki (Vogt, Zurych); 5) Hodowla zarazków zwierząt i roślin (Löwenthal, Berlin) Z polskich uczonych zgłosił wykład Z. Zakrzewski z Krakowa, na temat hodowli tkanek w surowicy.

*Sprawy zawodowe.*

Zebranie doroczne Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło sie w Warszawie dnia 23. kwietnia pod przewodnictwem naczelnika N. I. L. Dra Chodźki. Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania z czynności Zarządu N. I. L. i rachunkowości oraz udzieleniu absolutorjum Zarządowi, przeprowadzono obszerną dyskusję nad preliminarzem budżetowym na rok 1933, przyczem uchwalono składkę od każdego przedstawiciela do N. I. L. w wysokości 700 Zł. rocznie, obniżając ją zatem o 100 Zł w porównaniu z rokiem ubiegłym. Wiceprezesem N. I. L. wybrano Prof. Dra W. Nowickiego ze Lwowa, zaś w miejsce św. p. Dra Strzemieńskiego wybrano do Zarządu N. I. L. Prof. Dra Safarewicza z Wilna. Szeroką dyskusję przeprowadzono nad referatem Izby poznańsko-pomorskiej w sprawie przychodni i poradni prywatnych lekarskich, co do których naogół oświadczono się ujemnie, polecając Zarządowi przeprowadzenie odpowiednich studjów. Podniesiono potrzebę utrzymywania dokładnej ewidencji zamierzonych i opracowywanych projektów i rozporzadzeń, zahaczających o świat lekarski. Uchwalono popieranie wytworów krajowych w zakresie szczególnie produkcji chemicznej i aparatury. Omówiono sprawę kursów obrony przeciwgazowej i lotniczej i potrzebę tychże dla lekarzy.

Pod obrady parlamentu rumuńskiego wchodzi nowa ustawa o ubezpieczeniach społecznych. W stosunku do lekarzy projekt zawiera niekorzystne postanowienia: z ubezpieczeń społecznych mogą korzystać wszystkie związki zawodowe bez względu na stanowisko społeczne członków po zawarciu odpowiedniej umowy. Sprawa wolnego wyboru lekarza została zupełnie pominięta w ustawie. Maksymalne uposażenie pracownika podlegającego ubezpieczeniu jest określone dość nisko i zostanie prawdopodonie ustalone na 4000 lei miesięcznie.

Prasa francuska umieszcza protest lekarzy francuskich przeciw prześladowaniu lekarzy i ludności żydowskiej w Niemczech hitlerowskich. Pod protestem znajdujemy podpisy wybitnych członków Akademji Medycyny i profesorów: Hayem, Faure, Sergent, Roux, Calmette, Richet, Souques i wielu innych.

Zarządzeniem z dnia 29. III. b. r. pruskie ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało na przyszłość wydawania obcokrajowcom, nawet kończącym studja swe w Niemczech, zezwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej, dentystycznej i aptekarskiej w Niemczech.

Sędzia pokoju w Wersalu rozstrzygał niedawno ciekawą sprawę o honorarium lekarskie. Dr. Huet spotkał na drodze uszkodzone auto, rannej pasażerce udzielił pierwszej pomocy, zawiózł ją do najbliższej kliniki i tu zaopatrzył obficie krwawiącą ranę. Rodzina rannej nie chciała uznać honorarjum jako zbyt wysokiego. Sąd nakazał zapłatę honorarjum, ale obniżył je do połowy, wychodząc z założenia, że dr. H. dzięki swemu stanowisku w świecie lekarskim może żądać sumy wyższej od przeciętnej, jednak ranna gotowa była oddać się opiece jakiegokolwiek lekarza, któregoby los zesłał.

W Rumunji, jak zresztą w wielu innych krajach daje się zauważyć zbyt silne skupienie lekarzy po miastach, gdzie 1 lekarz wypada na 300—400 mieszkańców, w porównaniu z wsią (1 lekarz na 12.000), przeciętnie 1 lekarz na 2.250 ludności. Wydział lekarski w Bukareszcie wprowadził numerus clausus, by zaradzić nadprodukcji lekarzy. Związki lekarskie rozpoczęły akcję skierowywania specjalistów do mniejszych miast i poprawy warunków dla lekarzy urzędowych na małej prowincji.

*Różne.*

Epidemja duru osutkowego wybuchła na Polesiu w powiecie stolińskim. Oprócz tego zanotowano wypadki duru osutkowego w okolicy Tarnopola i Skolego.

Zaludnienie państwa polskiego na dzień 1. I. 1933 oblicza się na 32,638.000 mieszkańców. Z tego na województwa centralne przypada 13,672.000, wschodnie 5,692.000, zachodnie 4.590.000 i południowe 8,684.000 mieszkańców.

W uroczystej mowie z okazji objęcia katedry bakterjologji na wydziale lekarskim Uniwersytetu paryskiego prof. R. Debré podkreślił wielkie zasługi w walce z chorobami zakaźnemi prof. Madsena z Kopenhagi i L. Rajchmana z Warszawy (b. dyrektora Państw. Zakładu Higjeny w Warszawie) jako organizatorów sekcji higjeny Ligi Narodów.

Francuska prasa lekarska nawołuje do składek na pomnik Forlanini'ego twórcy leczenia uciskowego w gruźlicy płuc. W myśl uchwał ostatnich zjazdów przeciwgruźliczych w Rzymie 1928 i Oslo 1930 pierwszy pomnik ma stanąć w ojczyźnie wielkiego dobroczyńcy ludzkości.

W Madrycie powstała klinika chorób zawodowych i nieszczęśliwych wypadków przy pracy. Dyrektorem został Dr. A. Ollet.

W Prusach wprowadzono badanie rentgenowskie wszystkich członków policji w celu zwalczania gruźlicy.

Według statystyk amerykańskich przeciętna długość życia obywateli U. S. A. stale wzrasta dzięki nowym zdobyczom medycyny i troskliwej opiece nad zdrowotnością publiczną; obecnie wynosi 59 lat dla mężczyzn i 62 dla kobiet. Szczególnie wybitnie spadła śmiertelność osesków, którą obliczają ostatnio na około 6%.

Anglja obchodziła 200 rocznicę urodzin Józefa Priestley'a (13. III. 1733) wielkiego chemika i odkrywcy tlenu. Z powodu swej przyjaźni do Francji i sympatyj republikańskich naraził się na napad tłumu na swój dom, który zniszczył jego bibljotekę i przyrządy. W rezultacie P. opuścił Anglię i przeniósł się do Ameryki, gdzie dalej prowadził swe badania chemiczne. Historja ta żywo przypomina najświeższe wypadki w Niemczech.

Monaelesser z New-Yorku i Taguet z Paryża przedłożyli paryskiej Akademji Umiejętności doświadczenia swoje nad jadem kobry. Roztwór jadu wstrzykiwany podskórnie nie daje żadnego odczynu miejscowego, natomiast wpływa kojąco na uporczywe bóle, a przy niektórych nowotworach złośliwych wstrzymuje ich rozwój, a nawet sprowadza zanik.

*Komunikaty.*

W czasie rewizyj aptek stwierdziło Min. Op. Społ., że w dalszym ciągu często zdarzają się przypadki zatrudniania w aptekach osób niefachowych przy czynnościach, które powinny być poruczane wyłącznie personelowi fachowemu. Organa nadzorcze otrzymały polecenie pociągania zarządzających aptekami do odpowiedzialności karno-administracyjnej w razie stwierdzenia podobnych przekroczeń. Jednocześnie Min. wyjaśnia, że osoby niefachowe (nie posiadające ustawowo określonych kwalifikacyj zawodowo-farmaceutycznych) mogą być używane tylko do czynności czysto mechanicznych, a mianowicie mycia naczyń i utrzymywania w czystości przyrządów i przyborów laboratoryjnych i aptecznych, tłuczenia, proszkowania i przesiewania oraz nakładania w laboratorjum do naczyń już sporządzonych preparatów, nakładania lub nalewania (fasowania) w materjalni środków, przeznaczonych do odręcznej sprzedaży, z wyłączeniem dzielenia na dawki lekarskie, oraz utrzymywania w czystości i porządku wszystkich pomieszczeń apteki. Czynności kancelaryjno-rachunkowe, o ile dział ten jest prowadzony przez niefachowy personel farmaceutyczny powinny być wykonywane w kasie lub poza obrębem izby aptecznej (w kantorze lub materjalni). Przebywanie personelu niefachowego w izbie aptecznej (ekspedycyjnej) za wyjątkiem kasjerki (kasjera) może mieć miejsce tylko podczas przeprowadzania porządków w tej izbie.

W związku z ogłoszeniem nowego kodeksu karnego, jak również szeregu nowych ustaw sanitarnych. Państwowa Szkoła Higjeny, w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości organizuje w czasie od 15 do 26 maja 1933 r. dwutygodniowy kurs prawodawstwa sanitarnego dla prawników. Zadaniem kursu będzie ułatwienie współpracy prawnika i lekarza w zakresie orzekania w sprawach przekroczeń ustaw, tyczących się higjeny publicznej i lecznictwa. W wykładach omówione mają być przedewszystkiem te przepisy ustawowe, które wymagają wyjaśnienia merytorycznego z punktu widzenia ich ogólnych podstaw biologicznych. Program kursu obejmuje następujące wykłady: 1. Kodeks karny i orzecznictwo sądowo-lekarskie. 2. Grupy krwi w zastosowaniu do medycyny sadowej. 3. Ustawodawstwo z zakresu praktyki lekarskiej, dentystycznej, felczerskiej, położnych. 4. Ustawa o szpitalnictwie. 5. Ustawodawstwo z zakresu higjeny pracy. 6. Orzecznictwo lekarskie ubezpieczeniowe. 7. Ustawodawstwo z zakresu ostrych chorób zakaźnych. 8. Ustawodawstwo z zakresu chorób społecznych (jaglica, walka z nierządem, alkoholizm, narkotyki). 9. Ustawodawstwo z zakresu nadzoru nad żywnością. 10. Ustawodawstwo z zakresu zaopatrywania w wodę, usuwania nieczystości. 11. Ustawa o grzebaniu zmarłych. Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych, od godz. 19—21. Ogółem godzin 18-cie. Wpisowe na kurs wynosi 10 zł.

Posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia odbyło się w Warszawie dnia 24. kwietnia pod przewodnictwem wiceministra Dra Piestrzyńskiego. Posiedzenie zagaił P. minister Dr. Hubicki, podnosząc, że jestto pierwsze posiedzenie w Ministerstwie Opieki Społ. Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia i przyjęciu do wiadomości protokólów posiedzeń poszczególnych sekcyj uzupełniono dodatkowo skład sekcji farmaceutycznej oraz uchwalono utworzyć dwie nowe sekcje, mianowicie sekcję dla spraw lecznictwa i profilaktyki w ubezpieczeniach społecznych i sekcję dla spraw opieki higjeniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem. Następnie przeprowadzono obszerną dyskusję nad projektem o izbach lekarskich, który był już dyskutowany na ostatniem posiedzeniu Rady Zdrowia. Również ożywioną dyskusję wywołał projekt ustawy o pielęgniarstwie, co do którego wypowiedziano szereg uwag na temat cenzusu kandydatek do szkół pielęgniarskich.

W Pradze pojawił się nowy miesięcznik lekarski p. t.: „Socialně Zdravotni Revue" pod redakcją drów Poppera (Praga), Slabihondeka (Morawska Ostrawa), Stuchlika (Koszyce).

Wydział lek. Uniw. w Strassburgu urządza kurs dokształcający na temat nowych metod rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuc (tak wewnętrznego jak i chirurgicznego) jako też pewnych schorzeń dróg oddechowych. Kurs trwa od 21. VI. do 1. VII. Wpisowe 300 fr. fr.

Kurs dokształcający lekarsko-sportowy, który miał się odbyć w Wiedniu w ciągu czerwca b. r., został przesunięty na jesień.

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało następujący okólnik do wszystkich Wojewodów: W sprawie zakupu krowianki ospowej w Państwowym Zakładzie Higjeny. Począwszy od roku 1931 zapotrzebowanie krowianki ospowej z Państwowego Zakładu Higjeny zaczęło się dość znacznie obniżać, co tłumaczy się tem, że Zrzeszenie Samorządów Powiatowych, które uprzednio zaopatrywało się w krowiankę ospową tylko w Państwowym Zakładzie Higjeny, obecnie zaopatruje się w nią także i z innych źródeł, dostarczając ją powiatom do szczepień przymusowych dorocznych. Krowianka ospowa produkowana w Państwowym Zakładzie Higjeny, dzięki odpowiednim warunkom wyrobu i przechowania, stanowi materjał doborowej jakości, o czem świadczy zupełny brak reklamacyj z powodu jej nieprzyjmowania się. Natomiast w ostatnich 2-ch latach zdarzały się kilkakrotnie reklamacje z powodu ujemnych wyników szczepienia ospy ochronnej, przytem okazywało się, że krowianka reklamowana pochodziła z instytutów prywatnych (reklamacja lekarza powiatu Kolskiego w r. 1931, sprawozdanie o szczepieniach dorocznych przeciwko ospie w r. 1932 z Woj. Pomorskiego i t. p.). Tego rodzaju reklamacje aczkolwiek niedotyczące wyrobów Państwowego Zakładu Higjeny szkodzą jednak jego opinji, gdyż Zakład uchodzi powszechnie za głównego dostawcę krowianki na potrzeby kraju i dla zrzeszenia Samorządów Powiatowych. Należy przeto wziąć pod uwagę, że o ile do masowych szczepień ludności będzie i nadal używana krowianka wątpliwej wartości, po kilku latach powstać może kontyngent ludzi źle, lub wcale nieuodpornionych przeciwko ospie, co może spowodować wybuch epidemji tej choroby. Ze względów wyżej przytoczonych, Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia), zaleca, by lekarze powiatowi przy przymusowych dorocznych szczepieniach przeciwko ospie używali krowianki ospowej wyrobu Państwowego Zakładu Higjeny oraz, aby nie sprowadzali odrazu całej ilości krowianki potrzebnej dla szczepień, o ile szczepienie trwać ma dłużej niż kilka tygodni, gdyż krowianka przechowywana w warunkach nieodpowiednich łatwo ulega osłabieniu. Należy przeto jednorazowo sprowadzać krowiankę w ilości wystarczającej nie więcej niż na dwa tygodnie, poczem zapotrzebować nową ilość.

Prezydent Francji zatwierdził uchwałę senatu uniwersytetu paryskiego o utworzeniu nowego Instytutu Higjeny Pracy i Medycyny Zawodowej.

W Warszawie ukazało się nowe czasopismo Revue Vétérinaire Slave, organ Unji Weterynaryjnej Słowiańskiej. Naczelnym redaktorem jest Dr. K. Millak. W poszczególnych państwach słowiańskich zostały utworzone komitety narodowe: bułgarski, czechosłowacki, jugosłowiański i polski. Przegląd zawiera streszczenia wszystkich artykułów i książek z zakresu weterynarji, które ukazały się w jednem z wymienionych państw słowiańskich, względnie pochodzą od obywateli tych państw. Streszczenia wyłącznie objektywne bez notatek krytycznych ukazują się w jednym z języków: francuskim, angielskim lub niemieckim.

Staraniem tygodnika lekarskiego Bruxelles Médicale odbędzie się w czasie od 5—30 sierpnia wycieczka lekarska do krajów północnych. Wyjazd z Dunkierki do fiordów Norwegji, Szpicbergu, Islandji, wysp Feroe i Orkadów. Koszta od 1975 fr. fr. w klasie II i od 3250 w klasie I. Szczegóły w redakcji tygodnika Bruxelles, 29. Boulev. Adolphe Max.

*Redakcja otrzymała:*

*K. Bross:* Obecny stan wiedzy o początku suchot płuc dorosłego. Odb. z „Medycyny Praktycznej". Nr. 6. 1930.

*K. Bross:* Zur Plasmozytomfrage. Odb. z „Folia Haematologica". 1931. T. 45.

*K. Bross i J. Brossowa:* Preparaty z żołądków zwierzęcych w leczeniu niedokrwistości złośliwej typu Biermera. Odb. z „Medycyny Praktycznej". Nr. 10. 1932.

*R. Jaffé i K. Bross:* Befunde bei Herzrupturen. Odb. z „Zeitschr. f. Klin. Med." 1933. T. 123.

*Ks. St. Podoleński:* O życie nienarodzonych. Wyd. Księży Jezuitów. Kraków 1933.

*H. Schmidt:* Fortschritte der Serologie. Steinkopff. Dresden 1933 r.

*N. E. Ischlondsky:* Sécrétion interne et régénérescence. Doin Paris. 1933.

*W. Dobrzaniecki i M. Aron:* Influence de l'excitation du sympathique cervical sur le fonctionnement thyroidien. Odb. z „Comptes rendus des séances de la Société de biologie". 1930. T. CIV.

*W. Dobrzaniecki:* Multilocular cyst of the spleen produced by infarcts. Odb. z „Annales of Surgery". 1930.

*W. Dobrzaniecki:* L'Endothéliome de la verge et l'application de l'urétrographie. Odb. z „Journal d'urologie". 1930. Nr. 4.

*W. Dobrzaniecki:* La tuberculose de la symphyse pubienne et fistules ostéopathiques urétro-vésico-cutanées. Odb. z „Journal d'urologie". 1930. Nr. 2.

*W. Dobrzaniecki:* Plastic Surgery of the Face. Odb. z „Revue de Chirurgie Plastique". Nr. 3. 1931.

*W. Dobrzaniecki i E. Michałowski:* Influence de la suppression de l'excrétion de la parotide sur la glycorégulation. Odb. z „Lyon Chirurgical". Nr. 5. 1931.

*W. Dobrzaniecki:* Verfahren bei Eiterüberschwemmung der Bronchialwege infolge Durchbruchs des Pleuraempyems. Odb. z „Schweizer. Med. Wochenschrift" 1932, Nr. 21.